A LA MEME LIBRAIRIE

ETUDES MEDICALES

DU

PROFESSEUR LASÈGUE

2 beaux volumes in-8.

Etudes biographiques.	*Etudes psychologiques.*
— de pathologie mentale.	*— cliniques.*

Prix. . . . . 25 fr.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 — N° 23

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Février 1901

Par GUIBÉ (MAURICE)

Né à Rouen, le 16 septembre 1874.

ANCIEN INTERNE LAURÉAT DES HÔPITAUX

PROSECTEUR A LA FACULTÉ

DE LA CALCIFICATION

DES

FIBRO-MYOMES UTÉRINS

Président : M. BERGER, *Professeur*

Juges : MM. CAMPENON, ALBARRAN, FAURÉ, } *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1901

23

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Février 1901

Par GUIBÉ (Maurice)

Né à Rouen, le 16 septembre 1874.

ANCIEN INTERNE LAURÉAT DES HÔPITAUX

PROSECTEUR A LA FACULTÉ

DE LA CALCIFICATION

DES

FIBRO-MYOMES UTÉRINS

Président : M. BERGER, *Professeur*

Juges : MM. CAMPENON, ALBARRAN, FAURE, *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale		CHANTEMESSE.
Clinique médicale		JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. TERRIER.
Clinique ophtalmologique		PANAS.
Clinique des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		PINARD. BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté ; PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MES MAITRES

DANS LES HÔPITAUX ET A LA FACULTÉ

MM. LES DOCTEURS LÉON LABBÉ; MICHAUX; CH. MONOD; ROUTIER; FAISANS; MÉNÉTRIER; DOLÉRIS; VARNIER; SÉBILEAU; LEGUEU; ROCHARD; MARION.

MM. RIEFFEL; HARTMANN.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUGUSTE BROCA

(Internat 1896)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. POIRIER

(Internat 1897)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. QUÉNU

(Internat 1898)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CH. NÉLATON

(Internat 1899)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Paul BERGER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BEAUJON

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Internat 1900)

AVANT-PROPOS

Parmi les dégénérescences que peuvent subir les corps fibreux de l'utérus, il en est une particulièrement intéressante qui jusqu'à présent a été peu étudiée, c'est la calcification. A cause peut-être de la rareté de cette transformation, à cause aussi du peu de symptômes propres à cette sorte de tumeur, le diagnostic, à moins de circonstances tout à fait particulières, n'en est guère posé pendant la vie ; presque toujours il s'agit d'une trouvaille d'autopsie ou d'une surprise opératoire.

Aussi, ayant eu l'occasion d'observer avec notre maître, M. Quénu, un cas de ce genre, avons-nous à ce propos entrepris de recueillir aussi complètement que possible les différentes observations éparses çà et là pour essayer d'en dégager l'histoire de cette affection.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les fibromes calcifiés de l'utérus sont signalés depuis la plus haute antiquité : ne voyons-nous pas, en effet, Hippocrate en rapporter un cas ? Il est vrai de dire que jusqu'au siècle présent environ, ces cas n'étaient pas rapportés à leur véritable cause : jusqu'alors les observations de fibromes calcifiés se réduisaient à la constatation de calculs expulsés librement au dehors du vagin ou trouvés à l'autopsie dans la cavité de l'utérus. Toutes ces « pierres de la matrice », comme les appelait Louis, étaient considérées comme de véritables concrétions utérines, en tout analogues aux calculs de la vessie ou du rein.

Vers le milieu du siècle dernier, dans un important mémoire présenté à *l'Académie royale de chirurgie* (1753), Louis avait recueilli 18 cas de pierres de l'utérus, mais il ne semble pas qu'il ait découvert la véritable nature et l'origine vraie de ces tumeurs.

Ce sont surtout au commencement de ce siècle Ph. Roux (1809) et Meckel (1818) qui attribuèrent nettement à ces tumeurs l'origine qu'on admet aujourd'hui : Dégénérescence calcaire d'un fibro-myome utérin.

Depuis cette époque, nous trouvons éparses çà et là un certain nombre d'observations. Malheureusement la

plupart se réduisent à presque rien : c'est le bref résumé d'une trouvaille d'autopsie sans observation clinique : telles les observations que nous avons recueillies dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris.*

Signalons cependant quelques articles d'importance plus considérable : un de Lee, au commencement du siècle (1835), un autre d'Everett (1879) qui en a réuni 33 cas ; il est fâcheux que la bibliographie qui accompagne ce mémoire soit tellement mal faite qu'elle rende impossible la recherche de ces cas. Mentionnons encore un article de Thorn (1894) qui étudie à fond l'origine, la nature et le mode de formation de ces pierres utérines. Enfin, en 1900, a paru un article de notre collègue Fouquet : malgré quelques inexactitudes, dues à ce que l'auteur n'a pas consulté assez scrupuleusement ses indications bibliographiques, son article reste un excellent résumé de nos connaissances actuelles.

L'anatomie pathologique de ces tumeurs a été étudiée dans un assez grand nombre de mémoires : le plus important peut-être est l'étude qu'en a faite Virchow, dans le passage de sa *Pathologie des tumeurs*, qui a trait aux dégénérescences des fibro-myomes utérins. Bostock (1835) avait soigneusement étudié leur composition chimique. Enfin signalons deux thèses, récemment passées à la Faculté de médecine de Paris : l'une (1895) par Costes, l'autre (1898) par Hyenne, thèse complétée par un article paru la même année dans les *Annales de Gynécologie*, dû à la collaboration de Meslay et Hyenne. Ces deux thèses apportent quelques observations histologiques précises.

Les matériaux que nous avons utilisés pour la compo-

sition de ce travail consistent en 130 observations environ que nous avons recueillies un peu partout. Mais ces observations n'ont pas toutes une valeur égale. Dans 25 d'entre elles, les renseignements fournis sont trop courts pour servir à quoi que ce soit. Les autres sont par moitié à peu près, les unes de simples pièces anatomiques, les autres des faits complets (Histoire de la maladie et examen anatomique de la pièce après opération ou à l'autopsie).

CHAPITRE II

Etiologie.

Fréquence. — Quel est le degré de fréquence des fibromes calcifiés? « De toutes les altérations des corps fibreux, la plus fréquente est sans contredit la pétrification de ces corps » dit Cruveilhier (1). Au contraire, si nous en croyons Pozzi (2), la calcification est une altération assez rare.

Quelle est la vérité et quel auteur dit juste?

Il ne faut pas, croyons-nous, chercher à concilier les opinions opposées de ces deux auteurs et admettre un moyen terme. En réalité chacun d'eux a probablement raison dans sa sphère. Pozzi parle en clinicien, Cruveilhier en anatomo-pathologiste.

Si Cruveilhier a si souvent trouvé des fibromes calcifiés, c'est qu'il observait à la Salpêtrière, milieu éminemment favorable à cette dégénérescence et à cette atrophie des fibromes utérins et à une période de la vie où toutes les autres dégénérescences (œdémateuse, sarcomateuse) n'existent plus.

Au point de vue clinique, sans doute aucun, Pozzi a raison. En présence du nombre considérable de fibromes

(1) Cruveilhier, J. *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. 3, p. 689.
(2) Pozzi, S. *Traité de Gynécologie*, 3e éd., p. 268.

opérés à l'heure actuelle, c'est à peine si on trouve quelques fibromes calcifiés. Ce sont de véritables raretés cliniques.

Cela tient vraisemblablement à plusieurs causes. D'abord aujourd'hui on opère d'une façon plus précoce qu'autrefois, si bien qu'on laisse moins au fibrome le temps de dégénérer. Ensuite, nous verrons que les fibromes calcifiés se développent ordinairement à un âge avancé de la vie ; les troubles qu'ils occasionnent sont souvent minimes, si bien que les malades viennent peu consulter, enfin les chirurgiens hésitent à opérer à cet âge en l'absence d'indications un peu pressantes.

Nous conclurons donc que, si les fibromes calcifiés sont fréquents aux autopsies des vieillards, au point de vue clinique, ce sont des raretés.

Age. — Les fibromes calcifiés se rencontrent surtout chez les femmes âgées, c'est habituellement vers 50 ans qu'ils sont signalés.

Nous avons relevé dans nos observations l'âge des malades, nous avons trouvé 75 cas où cet âge était mentionné d'un façon précise. Voici comment se répartissent ces 75 cas :

Avant 30 ans	4 cas	22
De 30-40 ans	6 —	
De 40-50 ans	12 —	
De 50-60 ans	11 —	53
De 60-70 ans	26 —	
70 ans et au dessus	16 —	

L'âge des sujets âgés de moins de 40 ans s'étage de la

façon suivante : 5 ans (?) (Louis) — 23 ans (Barnes) — 26 ans (Sœxinger) — 28 ans (Gaubius) — 34 ans (Küster, Usphurd) — 35 ans (Dudley, L. Félici) — 38 ans (Wallace, Guibé (obs. II).

Si nous récapitulons les chiffres ci-dessus, nous trouvons comme total :

Sur 75 cas avant 50 ans 22 cas.
après 50 ans 53 cas,

c'est-à-dire une proportion de près de 2/5.

Nous n'avons fait entrer en ligne de compte que les observations où l'âge était indiqué d'une façon précise. Si nous y avions fait rentrer les cas où il est vaguement indiqué, nul doute que la différence eût encore augmenté, car s'il est des cas où l'on trouve la mention de malade jeune ou adulte, bien plus fréquemment encore il s'agit de malades âgées ou très âgées.

C'est donc bien, comme nous l'annoncions, vers 50 ans que ces fibromes sont habituellement signalés.

Sans doute il ne faut pas attribuer à l'âge une valeur trop grande, car l'âge signalé est celui auquel la tumeur a été observée chez la malade, soit au cours d'une opération, soit à l'autopsie : il est possible, il est probable même dans bien des cas, que les tumeurs existaient depuis longtemps déjà non seulement à l'état de fibrome, mais même à l'état de fibrome calcifié. Néanmoins, on peut dire qu'un fibrome calcifié chez une femme de moins de 40 ans est un fait absolument exceptionnel. C'est là un point qui peut avoir son importance pour le diagnostic.

Influences diverses. — Ménopause. — Étant

donné l'âge auquel on rencontre les fibromes calcifiés, bien souvent on se trouve en présence de femmes chez lesquelles la ménopause est survenue depuis un temps plus ou moins long. Il est certain que la présence des fibro-myomes dans l'utérus retarde la date de la ménopause, souvent jusqu'au delà de 50 ans (Schrœder). Dans les 22 cas où nous trouvons des indications à cet égard, nous voyons la menstruation disparaître de 35 ans à 57 ans, soit en moyenne un peu plus de 48 ans.

Au contraire, quel rôle la ménopause joue-t-elle vis-à-vis du fibrome ? On admet habituellement qu'elle joue un rôle considérable dans l'apparition des dépôts calcaires dans les fibromes. Comme nous l'avons vu, c'est presque toujours après la ménopause que débutent les symptômes ou du moins bien souvent on voit survenir à cette époque une régression dans les fibromes, régression due à un processus d'induration dont le dernier terme est souvent la crétification.

Mais beaucoup d'auteurs, aujourd'hui, se refusent à admettre cette influence atrophiante de la ménopause sur les fibromes. Aussi y aurait-il peut-être lieu de renverser les termes de la proposition et d'admettre que la ménopause est conséquence et non cause de la calcification. Ou peut-être mieux encore calcification du fibrome et arrêt de la menstruation sont-ils deux phénomènes qui n'ont entre eux aucune relation immédiate et ne sont tous les deux que l'aboutissant de ce processus de régression, encore mal connu, qui se fait sentir au maximum dans l'appareil génital et amène ordinairement la ménopause.

Toutefois il n'y a rien d'absolu ; n'avons-nous pas vu en effet un certain nombre de cas où la calcification avait été constatée avant la ménopause ?

Race. — L'influence de la race semble assez médiocre. Si on en croit Gaillard-Thomas, Demarquay et Usphurd, les fibro-myomes utérins seraient beaucoup plus fréquents chez les négresses que chez les blanches ; il n'y aurait donc rien d'étonnant par suite de trouver un nombre plus considérable de fibromes calcifiés dans la race nègre. Dans 9 observations d'origine américaine que nous possédons, nous en trouvons trois qui se rapportent à des négresses.

Grossesse. — Il nous est bien difficile de dire quel peut être le rôle de la grossesse dans la genèse de cette transformation des fibromes, car, si nous en croyons nos observations, les fibromes calcifiés se rencontrent avec une fréquence presque égale chez des femmes ayant eu des enfants et chez des nullipares.

Autres causes. — Nous n'invoquerons comme facteurs étiologiques ni les professions, ni, avec Vieta Condura, une prédisposition due à l'usage, comme boisson, d'eaux peu potables, ou à l'absorption par la respiration de substances inorganiques, ni, avec Van Helmont, une force pétrifiante de la matrice. Mieux vaut avouer notre ignorance qu'avoir recours à des hypothèses aussi saugrenues.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Anatomie macroscopique.

Fréquence suivant les variétés de fibromes. — La plupart des auteurs s'entendent à reconnaître que la calcification s'observe, sinon exclusivement, du moins plus fréquemment dans certaines classes de fibromes.

Pour Pozzi, Martin, elle se rencontre surtout dans les fibromes sous-séreux pédiculés ou dans les polypes. Cruveilhier admet aussi leur moindre fréquence dans les fibromes interstitiels ou sous-muqueux.

Au contraire, pour Virchow, de Sinéty, Schrœder, Delbet, la calcification est surtout fréquente dans les tumeurs interstitielles et sous-péritonéales. Gebhard et Gusserow admettent la même fréquence pour toutes les classes. Ph. Roux la considérait comme rare dans les polypes.

Nous avons soigneusement étudié à cet égard nos observations. Sur 85 cas où nous avons jugé possible de distinguer la variété du fibrome, nous trouvons :

Concrétions libres dans la cavité utérine	15
Fibromes sous-muqueux	5
— interstitiels	34
— sous-péritonéaux	30
— développés dans le ligament large	1
	85

En outre dans 7 cas, des fibromes primitivement pédiculés avaient rompu leur pédicule et étaient devenus libres dans la cavité péritonéale : nous les avons rangés parmi les fibromes sous-péritonéaux.

Nous voyons donc que, comme l'indiquait déjà de Sinéty, les fibromes sous-séreux et interstitiels forment la grosse majorité des fibromes calcifiés (près des 4/5), ces deux sortes de fibromes étant à peu près aussi souvent dégénérés (30/34). Au contraire, la calcification des fibromes sous-muqueux et des polypes est rare (1/17) ; nous verrons, en étudiant la suppuration des fibromes, pourquoi vraisemblablement beaucoup de fibromes donnant naissance aux concrétions libres ne sont pas des fibromes sous-muqueux, mais doivent être rangés parmi les fibromes interstitiels.

Cela n'a rien qui nous doive étonner. Ce sont bien évidemment les fibromes sous-séreux et interstitiels les plus mal nourris des fibromes utérins, les uns à cause de leur pédiculisation, les autres par suite de leur isolement du tissu utérin par une atmosphère celluleuse, véritable bourse séreuse qui restreint considérablement les relations vasculaires de la tumeur. Les fibromes sous-muqueux, au contraire, en connexion assez intime avec la muqueuse si richement vascularisée, ont peu de tendance à être mal irrigués.

Situation. — Le siège normal des fibromes calcifiés est le corps de l'utérus : il est très rare, en effet, d'en voir siéger dans le col. Deux seules observations, celle de Trumet et celle de W. Tate, nous indiquent cette localisation au col.

Quant à savoir aux dépens de quelle paroi de l'utérus se développe le fibrome, les observations sont généralement trop peu explicites à cet égard pour qu'il nous ait été possible d'essayer de le déterminer.

Nombre. — Très souvent le fibrome calcifié est le seul fibrome existant dans l'utérus. C'est ce que nous rencontrons dans 31 cas au moins, et encore n'avons nous fait rentrer dans ce chiffre que les cas où l'état de l'utérus était suffisamment précisé : un examen moins rigoureux nous aurait conduit à un chiffre peut-être double.

Dans 35 cas, au contraire, il est dit que l'utérus contenait plusieurs fibromes. Le plus souvent il n'y a qu'un fibrome calcifié coïncidant avec d'autres fibromes plus ou moins normaux (20 cas) ; mais dans les 15 autres cas, il existait plusieurs fibromes calcifiés, ordinairement 2, parfois beaucoup plus, puisque, à la suite d'une communication de Baer, Parvin dit avoir vu dans un cas à une autopsie jusqu'à 30-40 fibromes utérins calcifiés. Peut-être ne s'agissait-il seulement que de noyaux du même fibrome. Il est vrai que quand les fibromes deviennent aussi nombreux, ils sont réduits à des dimensions exiguës et que les gros fibromes calcifiés sont habituellement uniques.

Dimensions. — Rien ne varie plus que les dimensions des fibromes calcifiés. Dans certaines observations, on dit avoir trouvé des fibromes calcifiés gros comme un pois ; dans d'autres cas, ils auraient atteint un volume beaucoup plus considérable, un œuf de poule, une tête de fœtus ou d'adulte, 10 kilogr. dans un cas de Courty,

24 livres 1/2 dans le cas de Bœhm. Toutefois, il faut le reconnaître, ces cas excessifs sont rares ; habituellement le volume varie d'un œuf de poule à une tête de fœtus, le poids oscille entre 50 et 1,000 grammes.

La densité de ces fibromes a été peu étudiée ; nous n'en avons nulle part trouvé mention. Dans notre 1er cas la densité de la tumeur, à l'état sec, était de 1,15 ; mais il est bien évident que cette densité doit varier suivant que le dépôt calcaire est plus ou moins dense et compact.

Composition chimique. — Quelques analyses fixent assez bien nos connaissances à cet égard. Arnott, Bostock, Briggs, Everett, Guibé (Obs. I).

Tout fibrome calcifié, alors même qu'il ne forme pour ainsi dire plus qu'un véritable caillou, se compose d'une trame organique et de sels minéraux.

Très variable est la proportion de matières organiques : elle oscille dans les cas analysés entre 4 p. 0/0 (Everett) et 66 p. 0/0 (Bostock) ; elle varie cependant surtout de 1/3 à 1/4. Mais il est facile de comprendre que si l'analyse eût porté non sur des tumeurs déjà entièrement calcifiées, mais sur des fibromes légèrement infiltrés de sels calcaires, la proportion des matières organiques eût été bien plus élevée.

Parmi les sels minéraux, celui qui prédomine habituellement, est le phosphate tribasique de chaux. En effet, si nous le rapportons, non à la totalité des composants de la tumeur, mais seulement à la totalité des sels, nous le voyons varier entre 83-85 p. °/₀ (Bostock) et 95 p. °/₀ dans une autre analyse du même auteur. Dans

deux cas seulement il n'y en avait qu'une faible proportion : 30 p. °/₀ (Everett), 10 p. °/₀ (Bostock).

Après le phosphate de chaux vient habituellement le carbonate de chaux. Sa quantité est assez faible, variant entre 5 et 15 p. °/₀ ; mais dans les deux derniers cas cités, il existait en plus grande abondance que le phosphate : 50 p. °/₀ (Everett), 80 p. °/₀ (Bostock).

Enfin on y trouve encore du sulfate de chaux, mais toujours en proportions minimes : 0,05 p. °/₀ dans un cas de Bostock, jusqu'à 13 p. °/₀ (Everett).

Un fait intéressant qu'il importe de bien mettre en relief, c'est la rareté dans ces tumeurs d'un sel, si fréquent au contraire dans les calculs vésicaux, le phosphate ammoniaco-magnésien ; cela tient à l'absence d'urée qui par sa fermentation donne du carbonate d'ammoniaque. Ce sel n'est cité qu'une seule fois, dans le cas de Briggs. C'est là, croyons-nons, un fait important qui permet de distinguer facilement un fragment de calcul utérin expulsé par le vagin d'un calcul vésical ou rénal. La présence de phosphate ammoniaco-magnésien en grande abondance dans le calcul permettra d'affirmer à peu près à coup sûr son origine urinaire et d'éliminer le diagnostic de calcul utérin.

Aspect macroscopique. — La disposition topographique du dépôt calcaire est intéressante à étudier. Elle se présente sous deux formes distinctes suivant que le processus de calcification débute au centre ou à la périphérie. Lorsque la calcification débute au centre, elle tend à s'accroître excentriquement, mais à quelque moment qu'on envisage la tumeur, il y a un noyau calcaire plus ou moins volumineux et compact.

Au contraire, dans les cas plus rares, il est vrai, mais non aussi exceptionnels qu'on semble le croire (nous le trouvons dans 13 cas), où la calcification commence à la périphérie pour progresser ensuite vers le centre de la tumeur, il est rare que la calcification envahisse complètement la tumeur, au moins pour les grands myomes (Virchow, p. 382) ; on trouve alors une couche calcaire périphérique sous forme de coque. Cruveilhier (*loc. cit.* p. 672) dit avoir vu quelquefois au centre de ces fibromes une espèce de magma ou boue calcaire.

En outre il n'est pas rare de trouver dans un même fibrome, s'il est un peu volumineux, plusieurs foyers de calcification qui confluent plus tard pour constituer une masse unique.

Ordinairement un fibrome qui se calcifie est un fibrome en voie de régression, par conséquent, non seulement il ne continue plus à croître, mais il a une tendance notable à diminuer de volume. Cependant dans un cas de Broca (tome 2, p. 256), tandis que la tumeur s'atrophiait et se calcifiait d'un côté, elle ne cessait de croître de l'autre et prenait même là un aspect kystique.

L'aspect que les fibromes calcifiés présentent à la coupe varie suivant le degré de calcification auquel ils sont arrivés.

Le premier stade qu'on rencontre est le dépôt dans le tissu de la tumeur de granulations calcaires qui infiltrent ses travées ; ces dépôts pulvérulents sont peu denses et laissent la tumeur assez facile à couper avec les différents instruments.

Lorsque la calcification progresse, ces masses prennent un aspect ramifié et anastomosé par confluence et sou-

dure des travées calcaires : mise à macérer, la tumeur revêt une forme caractéristique rappelant les polypiers ou les madréporaires.

Plus tard, la tumeur présente deux parties distinctes à considérer : un stroma dans lequel sont contenues des granulations. Le stroma est amorphe, granuleux, de coloration blanchâtre ou jaunâtre ; lorsqu'il est sec, la scie l'effrite très facilement ; en outre, en le sciant, on voit que le substratum de ce stroma est constitué par un tissu fibrillaire qui se laisse facilement déchirer et qui est infiltré de sels calcaires. Entre ses mailles se voient des granulations d'un volume variant d'une tête d'épingle à un pois ou même plus, granulations qui s'énucléent plus ou moins facilement du tissu qui les enchasse. Elles ont un aspect tout particulier : de coloration blanc-jaunâtre, elles sont translucides et extrêmement dures ; la scie arrive très difficilement à les entamer, elles sont enfin susceptibles d'un beau poli.

Encore un pas et nous arrivons à ces tumeurs d'aspect ossiforme qui sont dues à l'extension et à la confluence de ces granulations : ce sont des tumeurs très dures, très difficiles à scier et auxquelles le trait de scie donne un bel aspect poli.

La disposition intime de la tumeur n'est pas toujours identique ; ordinairement, on ne peut reconnaître aucun ordre dans la disposition des travées, mais quelquefois, et c'est surtout le cas lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs dont la calcification a débuté par la périphérie, il s'est en quelque sorte déposé une série de couches calcaires concentriques envoyant souvent des prolongements vers le centre,

La surface de la tumeur est régulière, non absolument lisse et unie, mais légèrement ravinée, anfractueuse, le tissu utérin la pénétrant assez intimement.

Histologie.

Autrefois on se contentait d'examiner ces tumeurs après en avoir scié une tranche mince, mais il était impossible d'arriver à un résultat précis alors qu'on ignorait encore la nature exacte des tumeurs initiales. Lorsqu'il fut bien admis que les fibromes utérins étaient des myomes, on voulut aussi reviser les fibromes calcifiés et un des premiers, Hénocque, montra qu'ils sont eux aussi originairement des myomes.

L'examen microscopique peut se faire suivant deux méthodes.

D'abord, on peut examiner une coupe mince de tissu usée, comme on le fait pour l'examen des os et des dents. Ce procédé toutefois ne peut guère donner de résultats nets ; il semble même que son emploi puisse amener à de graves erreurs et c'est pour cela sans doute que les anciens auteurs parlaient si souvent d'ossification, rien ne ressemblant tant à des ostéoplastes que des granulations calcaires, à un examen un peu superficiel.

Un deuxième procédé beaucoup meilleur consiste à décalcifier la tumeur et à en examiner des coupes minces, comme on le fait en anatomie pathologique pour les autres tumeurs. Ce procédé, comme d'ailleurs le précédent, permettent d'examiner des tumeurs extraites depuis longtemps et desséchées. Ainsi, Hénocque donna en 1873 l'examen histologique d'une tumeur recueillie

par Amussat en 1829 et dans laquelle il pouvait encore colorer des noyaux.

On plonge un fragment de la tumeur dans une solution faible d'acide chlorhydrique ou nitrique qui dissout les sels calcaires ; puis on l'inclut suivant les méthodes connues dans le collodion ou dans la paraffine et on en pratique des coupes au microtome.

L'examen de coupes de semblables tumeurs permet d'y reconnaître deux portions bien distinctes : une qui correspond au stroma et une autre aux granulations calcaires que nous y avons vues enfouies.

En colorant par l'hématoxyline-éosine, on remarque tout de suite des placards larges, irréguliers, de teinte violette foncée et de coloration homogène. Vus à un fort grossissement, ces placards laissent reconnaître une structure granuleuse sans qu'on puisse y trouver traces d'éléments anatomiques. Ces placards correspondent aux nodules durs entièrement calcifiés.

Entre ces placards se voit un tissu d'aspect fibrillaire. Après coloration, on peut y distinguer deux sortes d'éléments : des faisceaux conjonctifs et des fibres musculaires lisses, bien reconnaissables à leur noyau en bâtonnet. Leurs proportions relatives varient un peu suivant le cas et suivant aussi le point considéré. Il semble que le tissu conjonctif environne immédiatement les îlots calcaires et que ce soit surtout dans leurs intervalles que l'on rencontre les fibres musculaires.

Quant aux vaisseaux, on n'en trouve jamais de traces au milieu des placards ; au contraire, ils existent dans le tissu musculaire qui forme le stroma. Ces vaisseaux sont d'apparence normale et semblent d'autant plus nombreux

que le tissu environnant est plus large, et par conséquent la calcification moins avancée.

Ici se pose une question : Y a-t-il toujours simplement calcification et ne peut-on voir dans certains de ces fibromes une ossification véritable? La plupart des auteurs, sans nier complètement la possibilité de ce dernier cas, admettent que le fait n'est pas encore prouvé (Cruveilhier, Gusserow, Meslay et Hyenne). Ces auteurs, me semble-t-il, simplifient bien la question et rejettent avec une grande légèreté des faits qui méritent d'attirer mieux notre attention. « La dégénérescence osseuse doit de même, selon nous, être considérée comme une mauvaise interprétation de fibro-myomes en état de dégénérescence calcaire : les quelques observations d'ossification (?) véritable rapportées par Wedl, Bidder, Freund, von Krauss, nous semblent suspectes en raison de l'absence de description histologique. » (Meslay et Hyenne, *Ann. de gynécologie*, 1898, t. II, p. 4).

Or, des auteurs qu'ils citent, deux au moins (Freund et Wedl) donnent une description histologique et même, si on se rapporte à l'original de ce dernier auteur, on voit que l'examen microscopique comprend deux pages et une figure. Virchow admet que cette ossification se rencontre, et quelques observations avec examen microscopique à l'appui semblent plaider en sa faveur.

Des quatre auteurs cités plus haut, je n'ai pu me procurer l'observation de Bidder ; celle de von Krauss ne m'est connue que par la citation qu'en fait Klob : elle ne contient pas d'examen microscopique. Dans celle de Freund, citée par Gusserow, il est dit que : « Sous le microscope, après légère action de l'acide chlorhydrique,

on reconnaissait à la périphérie des formations osseuses évidentes avec corpuscules osseux ; vers le milieu une simple infiltration de sels calcaires ».

En outre citons encore les cas de Muller, Ascher, Feuchtwanger.

Le cas de Freund est en somme peu explicite ; Gusserow, qui le cite, semble ne le faire qu'avec défiance et ne pas l'admettre comme probant, avec juste raison, croyons-nous.

L'observation de Wedl est beaucoup plus significative. Ce qu'on peut alléguer contre elle, c'est son ancienneté, car elle date au moins de 1855, et aussi certaines anomalies qui peuvent laisser place au doute ; par exemple la tumeur décalcifiée laissait voir un tissu très dense de fibres entrecroisées, ce qui n'est pas habituel dans le tissu osseux. Mais l'auteur affirme avoir reconnu en maints endroits des corpuscules osseux très apparents groupés en couches concentriques autour d'aréoles, parfois de forme allongée, parfois au contraire ronds ou polygonaux et pourvus de nombreux canalicules radiés et bifurqués ; le tout moins régulièrement disposé que dans le tissu compact d'un os cylindrique.

Le cas de Muller est lui aussi assez net. Dans les points calcifiés, on trouve des corpuscules osseux isolés et irrégulièrement disposés l'un par rapport à l'autre : ces corpuscules osseux sont bien évidents avec des prolongements longs et irréguliers ; quelques-uns ont une forme irrégulière, arrondie et aplatie, mais on trouve aussi des éléments absolument identiques aux véritables corpuscules osseux. Quant à leur disposition, elle ne rappelle en rien celle des lamelles osseuses autour d'un canal médullaire.

Nous n'insisterons pas sur le cas d'Ascher dont la description est insuffisante. Le tissu osseux y constituait une couche de 1 millimètre d'épaisseur : le reste de la tumeur était formé d'une coque de cartilage sous-jacente à l'os et d'un tissu myomateux farci de kystes purulents. Mais au dire même de l'auteur, les examens microscopiques ont été assez superficiels.

Enfin, dans le cas de Feuchtwanger (1897), la tumeur, extraite par Freund, avait été remise à Recklinghausen qui en confia l'examen à l'auteur. La tumeur était grosse comme une tête d'adulte avec des formations kystiques nombreuses et volumineuses. En un point existait une petite tumeur osseuse, des dimensions d'une lentille et en outre de nombreux dépôts de même substance, les uns visibles seulement au microscope, les autres à l'œil nu.

L'examen microscopique pratiqué montre ces noyaux diversement ossifiés et entourés ou non de cartillage. Quant à la structure même du tissu osseux, voici la description de l'auteur (p. 16) : « Là où l'os est le mieux développé, il est translucide comme du verre et possède des ostéoplastes avec de nombreux prolongements. Comme ils sont assez tassés, les communications entre les prolongements sont très faciles à voir. L'os encore en voie de développement contient des sels calcaires à l'état de fines granulations opaques à la lumière transmise et ne réfléchissant que faiblement la lumière directe ».

En somme, nous voyons que dans 3 observations au moins (Wedl-Muller et Feuchtwanger) il semble bien que le fibrome ait contenu dee corpuscules osseux. Notons toutefois que, dans aucun cas, en y ajoutant même les

observations d'Asher et de Freund, la formation d'os n'était bien considérable ; presque toujours, il ne s'agissait que d'une faible ou même d'une très minime partie de la tumeur ; en outre, toujours, à côté des parties ossifiées existaient des parties simplement calcifiées.

L'ossification des fibromes utérins est donc un fait absolument exceptionnel ; mais il nous semble difficile d'en nier la réalité. C'est aussi l'opinion du professeur Cornil (1). « Dans les tumeurs fibreuses, dans les tumeurs musculaires de l'utérus, on observe, soit de simples infiltrations calcaires, soit de véritables pétrifications qu'il faut toujours distinguer des ossifications vraies qu'on peut rencontrer, bien que plus rarement, dans les mêmes circonstances ».

(1) Cornil et Ranvier. — *Manuel d'histologie pathologique*, 3e éd., 1901, t. 1, p. 97.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

D'abord, tout calcul utérin, toute pierre utérine est-elle forcément un fibrome calcifié ? Il serait exagéré de l'affirmer ; néanmoins, il est bon de reconnaître que c'est là ce qui se rencontre dans la grande majorité des cas.

Il est évident que nous n'avons ici en vue que les calculs que l'on peut rencontrer libres dans la cavité de l'utérus ou y adhérant, car, pour les tumeurs calcifiées encore incluses dans le tissu utérin, il ne saurait y avoir de doutes sur leur nature.

Tout d'abord il est possible d'admettre la formation de calculs dans la cavité utérine au même titre que dans les autres cavités ou conduits de l'organisme. Nous savons quel est leur fréquence dans les voies biliaires et urinaires ; on en trouve même dans les conduits salivaires ; on ne voit pas pourquoi il ne s'en formerait pas aussi dans l'utérus et aujourd'hui surtout que semble admise l'origine infectieuse de ces calculs, l'utérus nous paraît bien posséder les conditions requises pour leur formation. Néanmoins il s'agit là de cas exceptionnels et cette explication ne peut être démontrée juste dans aucun cas.

De même il serait exagéré de refuser toute part aux corps étrangers de l'utérus ; ils ne sont pas encore si

rares qu'on ne puisse en rencontrer. Or, un corps étranger séjournant dans la cavité utérine se recouvre de couches calcaires qui pourront plus tard en imposer pour un calcul. Mais cela est relativement rare et pour de plus amples détails nous renvoyons à une étude de De Bovis (1).

Il se peut que dans certains cas il se soit agi de calculs vésicaux ayant passé dans l'utérus à la faveur d'une fistule vésico-utérine ; nous avons vu comment, à défaut d'autres signes, l'analyse chimique nous fournit un moyen précieux de diagnostic entre les deux sortes de calculs.

Thorn a encore indiqué deux causes possibles de ces calculs.

D'abord la présence dans l'utérus de débris placentaires retenus à la suite soit d'un accouchement, soit d'un avortement : ces débris subiraient la transformation calcaire et pourraient devenir plus tard de véritables calculs. Ou bien la pathogénie serait la suivante : grossesse intra-utérine avec mort tout à fait prématurée du germe ; longue rétention consécutive et formation d'une sorte de lithopédion. Ce cas se rencontrerait souvent, paraît-il, chez les vaches et les brebis ; chez la femme, on en trouverait comme un début dans les dépôts calcaires que l'on rencontre parfois dans le placenta.

Sans vouloir nier la possibilité d'une pareille origine des calculs utérins, nous la croyons cependant plus théorique que réelle.

(1) De Bovis. Sur les corps étrangers de l'utérus, *Semaine médic.*, 1898, n° 15.

Habituellement, le processus est bien simple : il s'agit d'un fibrome calcifié soit de petite taille, soit à un faible degré de calcification et composé d'un certain nombre de foyers isolés : si un pareil fibrome est sous-muqueux ou du moins recouvert d'une mince couche de tissu utérin et pour peu qu'une infection vienne déterminer de la métrite, la muqueuse utérine s'ulcère, l'infection gagne dans la profondeur et atteint le fibrome ; l'atmosphère celluleuse qui l'entoure, le tissu même du fibrome quand il n'est pas trop profondément calcifié, s'enflamment, suppurent et mettent ainsi le fibrome en liberté. Il n'est plus nécessaire que d'un peu de sphacèle de la muqueuse pour que le fibrome tombe dans la cavité utérine. Quand il s'agit d'un fibrome unique et un peu volumineux, il arrive habituellement que son fond reste enchâssé à un degré variable dans le tissu utérin. Quand il s'agit d'un fibrome avec foyers calcifiés multiples, la suppuration le dissèque et le transforme en une masse de calculs qui sont facilement évacués dans la cavité utérine.

Signalons enfin qu'il a pu arriver parfois que la suppuration dépasse le but, perfore l'utérus de part en part et provoque ainsi une véritable péritonite. Dans le cas de Boussi, par exemple, on trouve dans la paroi de l'utérus une cavité remplie de liquide dans lequel surnage un myome calcifié gros comme un œuf de poule ; cette cavité n'est séparée de la cavité utérine que par une paroi épaisse de 4 millimètres ; elle communique au contraire avec le péritoine par un orifice admettant à peine une sonde cannelée, d'où péritonite mortelle.

Ceci dit, cherchons un peu quelle est la cause de la

calcification des fibromes utérins. Sans doute, chacun sur ce sujet est du même avis : il s'agit là d'un processus de dégénérescence, mais ce qu'il importe de savoir, c'est la cause de cette dégénérescence et sa nature intime.

Cette cause est malaisée à trouver : nombreux sont les troubles de la nutrition qui peuvent y aboutir. La majorité des auteurs s'entend néanmoins pour admettre qu'il s'agit là d'un processus de régression sous une influence mal déterminée, le plus souvent sous l'influence d'altérations de la vascularisation. « Comme la calcification, aussi bien que l'induration, tombe le plus souvent vers l'époque de la ménopause, l'état des vaisseaux de l'utérus doit avoir une très grande influence. Plus les vaisseaux qui nourrissent la tumeur s'atrophient et peut-être deviennent athéromateux, plus la calcification se produit facilement. Le volume de la tumeur ne paraît pas avoir d'influence capitale, la calcification se produisant aussi bien avec de petites tumeurs pédiculées qu'avec de grosses tumeurs interstitielles » Gusserow.

C'est bien, en effet, semble-t-il, dans le défaut ou mieux dans un trouble de la vascularisation du fibrome qu'il faut chercher un des facteurs importants de la calcification. C'est ce qui nous explique pourquoi on rencontre celle-ci aussi fréquemment dans les tumeurs interstitielles qui, enveloppées d'une gangue celluleuse, sont souvent moins vascularisées que mainte tumeur sous-péritonéale, même pédiculée ; c'est ce qui nous explique aussi sa rareté dans les polypes mieux irrigués. Cela concorde bien encore avec ce fait signalé par de nombreux auteurs que, dans les fibromes calcifiés à la

périphérie, on trouve ordinairement le centre transformé en une véritable bouillie dûe vraisemblablement au ramollissement du fibrome par ischémie.

Néanmoins, comme tout fibrome dont la circulation est vicieuse ne se calcifie pas, force est bien de rechercher une cause déterminante autre. Peut-être s'agit-il de lésions vasculaires, telles que l'athérome, si fréquent à l'âge où se rencontrent surtout les fibromes calcifiés, mais l'athérome est fréquent et la calcification rare. Peut-être aussi y a-t-il lieu d'invoquer l'idée d'infection, comme on l'a fait pour les voies biliaires. C'est de ce côté que doivent se porter les efforts des chercheurs ; mais rien jusqu'à présent ne plaide pour ni contre cette hypothèse.

Quelle que soit cette cause, qui jusqu'ici nous échappe encore entièrement, elle aboutit toujours à un trouble dans la nutrition intime du fibrome dont le processus nous est mieux connu.

Le dépôt de sels calcaires ne se fait pas indifféremment. Pour Virchow, ce dépôt se faisait surtout dans le tissu fibreux ; c'est aussi l'opinion d'Hyenne. « Au microscope, les parties infiltrées sont constituées par des placards irréguliers, disséminés au milieu du tissu conjonctif » ; mais il admet aussi l'infiltration possible des fibres musculaires.

Au contraire, Hénocque et Thorn admettent plutôt que le dépôt calcaire se fait directement sur les fibres musculaires : celles-ci subiraient d'abord une dégénérescence graisseuse et secondairement s'infiltreraient de granulations calcaires. En effet, presque tous les auteurs qui ont examiné au microscope des fibromes calcifiés,

ont trouvé sinon dans la portion calcifiée même, du moins autour d'elle, des fibres musculaires très nombreuses en dégénérescence granulo-graisseuse.

Pour Costes et pour nous, il y a deux processus distincts.

Dans une première série de cas, bien étudiés par Virchow et qui se rencontrent de préférence chez les femmes âgées, après la ménopause, la période de calcification est précédée d'une première période d'induration. Celle-ci est due à une augmentation progressive, à un épaississement du tissu conjonctif interstitiel, entraînant peu à peu l'atrophie du tissu musculaire. Certaines parties de la tumeur, même des tumeurs tout entières, peuvent ainsi se transformer en masses à peu près exclusivement fibreuses ressemblant à de véritables fibromes ou à du cartilage, auquel on les a souvent comparées (Bidder), quoiqu'elles n'en aient pas la structure.

Cliniquement, cette période d'induration correspondrait à la période, qui suit généralement la ménopause, pendant laquelle le fibrome diminue de volume, souvent d'une quantité très appréciable.

Dans la deuxième période (période de calcification) des grains microscopiques de sels calcaires se déposent en suivant généralement la direction des faisceaux fibreux : ces granulations augmentent de volume et de nombre, arrivent à confluer et forment des concrétions allongées ou arrondies qui finissent par se réunir en un bloc unique.

Dans une deuxième série de cas, il semble que la calcification puisse s'établir directement dans la tumeur sans être précédée d'une période d'induration ; c'est

alors que la calcification suivrait la dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires et que le dépôt de sels calcaires se ferait d'emblée sur les fibres musculaires.

Les cellules musculaires s'infiltrent-elles de sels calcaires parcequ'elles sont mortes, ou est-ce la compression par les sels qui les tue ? Il semble que la première hypothèse soit plutôt la vraie. De même nous ne discuterons pas la question de savoir s'il s'agit d'un simple dépôt de sels calcaires ou d'une combinaison de ces sels avec les albuminoïdes de la cellule (Litten) ou avec les acides gras (Kyber).

Enfin, rien dans nos préparations ne nous permet de croire que ce dépôt commence autour d'un vaisseau plutôt qu'à distance de lui.

CHAPITRE V.

Symptômes.

« On a souvent observé dans ces tumeurs, dit Virchow (p. 381), des sécrétions purulentes, sanieuses ou sanguinolentes avec douleurs dans le bas-ventre, les lombes, les cuisses, des névralgies étendues, des difficultés dans la miction et la défécation, des nausées et des vomissements, de l'ascite ou de la péritonite, la fièvre hectique avec le marasme. La mort en est souvent la conséquence, même après une rémission passagère obtenue par l'opération ou l'expulsion spontanée des calculs. »

Telle est résumée en quelques mots la symptomatologie complexe de cette sorte de tumeurs. Nous verrons qu'à part deux signes particuliers aux fibromes calcifiés, tous les autres symptômes, et particulièrement les symptômes fonctionnels n'ont rien de caractéristique et peuvent tous se rencontrer et au même degré dans les fibromes normaux. Mais il est un fait capital qu'il ne faut pas perdre de vue dans cette étude et sur lequel nous ne saurions trop insister : les observations nous présentent l'histoire entière du fibrome, et il faut toujours, quoique cela soit parfois difficile, distinguer soigneusement ce qui, dans cette évolution, appartient au fibrome de ce qui est dû à la dégénérescence calcaire.

Pour établir cette symptomatologie, nous nous appuie-

rons sur les observations que nous avons recueillies et dont une soixantaine environ peuvent nous servir au point de vue clinique.

Et d'abord il est un fait qu'on ne saurait trop mettre en évidence, c'est que parfois, peut-être même faut-il dire souvent, le fibrome calcifié ne révèle sa présence par aucun symptôme fonctionnel pendant la vie. Cela n'a rien d'étonnant : comme nous l'a montré l'anatomie pathologique, la calcification s'observe surtout sur des fibromes en voie d'atrophie, c'est-à-dire sur des fibromes tendant de plus en plus à devenir bénins. Nous savons aussi qu'elle se rencontre de préférence chez les femmes âgées : il est donc naturel que ces fibromes calcifiés restent silencieux alors qu'habituellement à cet âge les fibromes normaux cessent ou ont cessé depuis longtemps de faire parler d'eux.

Sur ce total de près de 60 cas, sur lesquels nous avons quelques renseignements, il en est 20 où ne s'est présenté aucun symptôme fonctionnel. Or, à ces 20 cas, il est très admissible, semble-t-il, de joindre une notable quantité des cas sans histoire ; la plupart de ceux-ci, en effet, ne sont que des trouvailles d'autopsie : beaucoup peut-être n'ont passé inaperçus pendant la vie qu'à la faveur d'une autre affection qui absorbait toute l'attention du médecin. Mais un grand nombre néanmoins n'ont dû de n'être pas découverts qu'à leur manque de symptomatologie, détournant ainsi d'examiner l'utérus.

Si bien que nous en arrivons à cette conclusion que dans le tiers des cas au moins, les fibromes calcifiés ne provoquent pas d'accidents et ne se relèvent par aucun symptôme fonctionnel.

Ce groupe important par conséquent des fibromes calcifiés doit être divisé en 3 classes.

Les uns, en effet, ne révèlent leur présence par absolument aucun symptôme fonctionnel ou physique : ce sont de véritables trouvailles d'autopsie. Cela est et doit être rare, car il faut se trouver en présence d'un fibrome de petite taille, interstitiel ou sous-péritonéal, les fibromes sous-muqueux, les plus rares, il est vrai, n'existant qu'exceptionnellement sans donner lieu à des symptômes.

D'après nos observations, il semble qu'un tel ensemble de circonstances, aboutissent à la latence absolue, ne soit noté que huit fois (Blot, Cartaz, Duflocq, Hofmeier, Louis, obs. 6-11-12, Schœter).

Dans une seconde classe, nous rangeons les fibromes qui ne se révèlent par aucun symptôme fonctionnel et qui auraient pu rester insoupçonnés toute la vie, si un jour un médecin pratiquant l'examen de la malade ne les avait découverts par hasard.

Tantôt c'est par le toucher vaginal que la tumeur est reconnue. Tel un cas (Schrœder) où le toucher était pratiqué pour un cancer du col.

Bien plus souvent, c'est à la palpation de l'abdomen que la tumeur se révèle (3 cas : Jules Simon, Küster, L. Mayer). Dans un cas seulement (Mayer), la tumeur reconnue à la palpation était due au fibrome calcifié ; dans les deux autres cas, on sentait un utérus fibromateux dont un ou plusieurs fibromes avaient subi la dégénérescence calcaire, mais étaient trop petits pour se révéler par eux-mêmes.

Dans une troisième classe, nous rencontrons des fibromes généralement volumineux, dépourvus de symp-

tômes fonctionnels, mais qui, en raison même de leurs dimensions, avaient amené une augmentation de volume du ventre, sensible pour la malade et la constatation par celle-ci de la présence dans l'abdomen d'une tumeur dure qui avait pu jadis grossir, mais qui depuis quelque temps au moins ne grossissait plus ou même avait diminué de volume. 8 cas (Arnott, Barth, Crampton, Gallopain, Louis, obs. 14, Mordret, Sevestre, Wallace). Mais ici encore, tantôt c'est au fibrome calcifié qu'est due l'augmentation de volume du ventre (Arnott, Crampton, Gallopain, Louis, Mordret, Wallace). Tantôt c'est à un utérus fibromateux avec un fibrome calcifié (Sevestre), ou à la coexistence de tumeurs ovariques (Barth).

Ces tumeurs calcifiées, même volumineuses, sont parfois singulièrement bien tolérées. Sans doute, dans le cas de Sevestre, la malade se plaignait parfois de quelques douleurs dans la région lombaire droite, mais il est des cas où il y avait absence de tout phénomène fonctionnel, où la tumeur ne semblait nullement gêner celle qui la portait. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation suivante d'Arnott : « La malade, âgée de 72 ans, portait, depuis 32 ans, une tumeur qui à sa mort était grosse comme un utérus de 5 mois. Or cette tumeur l'incommodait si peu, que des voisines, avec lesquelles elle vivait depuis 30 ans, n'en connaissaient pas l'existence et que l'une d'elles remarque que la malade était d'une activité infatigable, marchant à grands pas, de première force dans les travaux qui obligent à se tenir debout et à se baisser et, jusqu'à ses dix dernières années, elle montait encore à cheval ».

Quelque fréquente que soit cette absence de tout

symptôme fonctionnel, elle n'est cependant pas la règle. Les symptômes que nous allons avoir à étudier peuvent rentrer dans trois grandes catégories : symptômes douloureux, symptômes de compression, écoulements.

Symptômes douloureux. — Les symptômes douloureux que l'on peut observer dans les cas de fibromes calcifiés n'ont rien de bien particulier et se rapprochent des mêmes symptômes observés dans les autres affections utérines.

Leur intensité est très variable : très faible, à peu près nulle comme dans le cas de Sevestre que nous avons vu plus haut, la douleur ne consiste souvent qu'en une simple sensation de pesanteur, de gêne dans le bas-ventre, 11 cas (Bostock, Everett, Feuchtwanger, Hyenne, Obs. 7 et 8. R. Lee, Louis, Obs. 1, 4, 9, Montgomery, Yamagiva). Parfois il s'agit de véritables douleurs, de coliques utérines (Duret (1895), L. Félici, Lehnerdt, Louis, Obs. 2 et 8, Lumpe). Enfin, il est des cas où les douleurs deviennent atroces, entraînant des troubles cérébraux (Schultz) ou du moins rendant l'existence insupportable à la malade (Baer, Briggs, Edebohls, Jaffé, Louis, Obs. 5, 8, 18, Müller, Routh, Tate, Texier, Thorn, Vitrac). Dans 2 cas, tout en faisant la part du fibrome calcifié, il est permis de faire intervenir une autre cause : soit un cancer utérin qui coexistait (Leflaive), soit la pyélonéphrite et le calcul vésical que présentait encore la malade (Louis, obs. 13).

Les irradiations se font dans les directions classiques, vers les reins, le périnée et les organes génitaux externes, l'anus (Leflaive), la cuisse (Duret, Texier, Louis, obs. 1). Dans ce dernier cas nous trouvons en outre signalé un prurit vulvaire intense.

Le seul caractère un peu particulier de cette douleur est en somme sa fréquence, car nous rencontrons des symptômes douloureux dans 31 cas et dans 20 cas au moins les douleurs étaient assez vives.

La nature même du fibrome permet de nous expliquer la fréquence des symptômes douloureux et des signes de compression. Sans doute, la douleur peut être due à des phénomènes de réaction péritonéale, par infection le plus souvent, ce qui, nous le verrons, est loin d'être rare dans les cas de fibromes calcifiés. Mais elle est encore plus souvent causée par les tiraillements que la tumeur excerce sur les nerfs et les ligaments de l'utérus.

Or, tout fibrome calcifié de l'utérus présente deux caractères importants qui font que, toutes choses égales d'ailleurs (volume, situation, forme, etc.), il provoquera des accidents beaucoup plus accentués qu'un fibrome mou : c'est le poids et la dureté. En effet, à volume égal, un fibrome calcifié est notablement plus lourd qu'un autre et il est dur comme de la pierre : il en résulte que d'une part, par son poids plus notable, il tiraillera davantage ligaments et nerfs de l'utérus, d'où douleurs plus vives et que, d'autre part, il agira avec plus de force sur les organes voisins et rendra ainsi la compression plus sévère, tandis que sa dureté, l'empêchant absolument de se prêter à la moindre déformation et de s'adapter à la place qui lui est laissée libre, le rendra plus offensant pour les tissus et les organes comprimés. Aussi, allons-nous voir les symptômes de compression fréquents et acquérant très souvent un haut degré de gravité.

Symptômes de compression. — Nous éliminerons tout d'abord un certain nombre d'observations où il n'est pas

possible d'admettre la compression ou dans lesquelles la compression n'est pas directement due au fibrome calcifié, par exemple, le cas de Grellet de Fleurette, (compression générale des organes de l'abdomen distendu par un énorme fibrome mou à côté duquel se trouvait un fibrome calcifié de volume moyen).

Il ne faut pas mettre sur le compte de la compression nerveuse tous les cas de douleurs irradiées à la cuisse. Le cas de Texier est donc à exclure ; de même un cas de Louis, obs. 1 : douleurs aux cuisses et depuis quelques années marche devenue difficile, mais l'utérus avait le volume d'un œuf et le fibrome calcifié ne pesait que 9 gros et demi, soit environ 40 grammes.

De même on ne peut parler de compression veineuse dans le cas de Lumpe, puisque l'œdème des membres inférieurs se généralisa : il était probablement dû à une néphrite.

Rejetons encore une observation de Trumet : la vessie était considérablement augmentée de volume, mais il n'y avait pas de troubles de la miction, ni de compression de la vessie. Dans l'observation 13 de Louis, les accidents semblent plutôt dus à la pyélonéphrite calculeuse qu'au fibrome concomitant ; il est bien improbable que dans son observation 4, le fibrome calcifié ait été cause de la fistule recto-vaginale, celle-ci semble bien plutôt due à « l'ulcère gangréneux commun à la vessie, au rectum et au col de l'utérus » qui n'était vraisemblablement qu'un cancer du col utérin ayant envahi vagin et rectum et en s'ulcérant, ayant mis en liberté les parties calcifiées qui furent éliminées.

Nous ne pouvons non plus admettre le cas de Leflaive ;

les fréquentes envies d'uriner dont se plaignait sa malade semblent bien dues au cancer utérin dont elle était atteinte ; car elles débutèrent en même temps que les hémorrhagies, environ un an avant la mort et à l'autopsie, la région du trigone vésical fut trouvée envahie à tel point qu'une perforation était déjà réalisée.

Enfin, dans le cas récent de Vitrac, les troubles urinaires qui avaient été attribués à la compression de la vessie par le fibrome, semblent dus à la présence d'un calcul vésical non diagnostiqué avant l'opération : c'est d'ailleurs là l'opinion même de l'auteur. « Je me demande s'il ne faut pas attribuer à ce seul calcul la production des troubles urinaires ».

Le cas de Feuchtwanger ne peut non plus, à notre avis, entrer en ligne de compte : la calcification étant beaucoup trop peu importante par rapport au volume du fibrome pour être par elle-même cause direte des symptômes. De même dans le cas de Boussi : car, s'il y eut bien rétention d'urine qui, au dire de l'auteur, fut la conséquence de la tumeur utérine, mettant obstacle à l'écoulement de l'urine, mais pour laquelle il faut aussi faire intervenir la pelvipéritonite, cause de la mort, on ne peut en accuser le fibrome calcifié, gros comme un œuf de poule qui surnageait dans une cavité au milieu d'un utérus du volume d'une tête d'enfant.

Enfin il nous faut aussi rejeter les deux cas signalés par Fouquet de perforation du vagin et de la paroi abdominale antérieure. Le premier de ces cas, que Fouquet attribue à Lebert, n'est autre chose que le cas de Trumet cité dans le mémoire de Fouquet quelques lignes plus haut : il ne s'agit pas dans ce cas de perforation du

vagin, mais la tumeur occupait chez cette malade la lèvre postérieure du col utérin et c'est la tumeur elle-même qui faisait saillie dans le vagin et était ulcérée. Quant au deuxième cas, ni Loir (1), ni Aran (2), n'en parlent comme d'un fibrome calcifié, mais simplement comme d'un fibrome vulgaire ayant ulcéré la paroi abdominale.

Ces différents cas éliminés, il nous reste encore de nombreuses observations avec troubles de compression.

Nous trouvons d'abord deux cas de compression nerveuse : Dans l'un (Yamagiva) il y eut une paraplégie qui au bout de 3 ans disparut pendant 7 mois, mais reparut ensuite de nouveau jusqu'à la mort. La tumeur était plus grosse qu'une tête d'adulte. Dans l'autre cas (cas personnel 1) il y avait une névralgie sciatique du côté droit ; la tumeur était de la grosseur de deux poings. Notons qu'à la suite de l'opération survint une paralysie, d'ailleurs passagère, des extenseurs des orteils.

Dans un cas de Duret (1897), il y avait compression veineuse, avec œdème considérable des membres inférieurs datant de 6 semaines ; l'œdème disparut après l'opération.

Beaucoup plus fréquents sont les cas de compression de la vessie ; nous en avons relevé 14 cas.

Cette compression peut se révéler par divers symptômes. Tantôt il n'y a que de simples troubles de la miction (fréquence, douleur), 7 cas (Briggs, Harlow, R. Lee, Lehnerdt, Louis, Obs. 8 et 9, W. Tate).

(1) Loir, *Société de chirurgie*, 1852.

(2) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1858, p. 835.

Tantôt il y a rétention d'urine (3 cas). L'observation de Louis (Obs. 10) se rapporte à une enfant de 5 ans, morte d'une rétention d'urine. Dans le cas de Texier, il y avait des crises passagères de rétention. Dans notre cas (cas 1) enfin, la rétention s'établit brusquement, mais elle avait été précédée d'une longue période pendant laquelle la vessie se vidait mal. La cystite peut venir compliquer la situation.

Lorsque la tumeur qui repose sur la vessie est peu lourde, les symptômes qu'elle provoque sont bénins (gêne ou fréquence de la miction) ou du moins peu graves (rétention cystite). Lorsqu'au contraire elle est volumineuse et pesante, elle comprime la vessie et l'écrase pour ainsi dire contre la face postérieure de la symphyse pubienne ; il se produit un véritable sphacèle de la paroi vésicale et à travers la perforation ainsi faite, la tumeur utérine envahit la vessie, provoquant les symptômes d'un calcul vésical. On comprend combien plus facilement un fibrome calcifié déterminera de pareilles perforations qu'un fibrome de consistance normale. Nous en avons trouvé quatre cas relatés. Fleming (cité par Mac-Clintock), Malgaigne (cité par Duret), Lisfranc et Demarquay (cités par Everett). Je ne sais quelle est cette dernière observation, mais il s'agit de celle que Demarquay a publiée à la Société de chirurgie en 1859, elle est à rayer, car, dans ce cas où la vessie était perforée de part en part, le fibrome n'était nullement calcifié. Dans le cas de Fleming, il y eut quelques fragments de la tumeur évacués par la miction.

Le rectum a lui aussi quelquefois à souffrir de la compression des fibromes calcifiés. Cependant, il est moins

souvent atteint que la vessie (8 cas). Le cas de Pecquet (diarrhée tous les mois pendant 8 jours) indique peut-être un certain degré d'irritation rectale, mais non de compression.

Les symptômes rectaux peuvent être mis en parallèle avec les symptômes vésicaux. Tantôt il y a simple gêne de la défécation (Louis, obs. 9) ou douleur vive à ce moment (Harlow) ; tantôt constipation opiniâtre (Montgomery, Müller, Texier) pouvant aller jusqu'à l'obstruction intestinale complète et entraîner la mort (Hyenne, obs. 8). Enfin, lorque la tumeur siège dans le cul de sac de Douglas, la compression du rectum peut arriver à un degré tel que les parois rectales se sphacèlent ; il en résulte une large ulcération du rectum avec incontinence des matières fécales (Duret, 1895). La tumeur est alors facile à apprécier par le toucher rectal. Dans le cas de Lisfranc, à chaque défécation la pierre sortait par l'anus avec les matières, puis était repoussée dans le rectum au prix de douleurs atroces : un jour enfin, elle se détacha et tomba avec fracas dans le vase.

A tous ces cas de compressions, ajoutons enfin celui d'Edebohls. Dans ce cas, il est dit tout simplement qu'il existait des troubles de compression sans que ces troubles soient spécifiés.

En résumé, dans 26 cas, nous trouvons des symptômes de compression, soit environ un tiers des cas : sur ces 26 cas, 14 fois la vessie était l'organe intéressé, soit dans plus de la moitié des cas de compression.

Écoulements vaginaux. — La troisième classe de symptômes que provoquent les fibromes calcifiés est constituée par les écoulements divers dont l'utérus est la

source. Jusqu'à présent, avec les phénomènes de compression, nous avons eu surtout à faire aux fibromes interstitiels ou sous-séreux, ceux qui bien évidemment sont le plus à même de comprimer les organes avoisinants ; maintenant, au contraire, nous allons rencontrer les divers écoulements, non pas exclusivement, mais très fréquemment dans les cas de fibromes sous-muqueux ou dans les cas d'altération de la muqueuse avec mise à nu de la tumeur.

Ces écoulements sont de trois sortes : écoulements sanguins (métrorrhagies), écoulements de mucosités ou de pus (leucorrhée) et enfin issue de fragments de calculs.

Étudions d'abord les métrorrhagies. Ici surtout il importe de bien distinguer et de faire la part de ce qui revient au fibrome calcifié.

D'emblée, nous pouvons éliminer le cas de Leflaive, où il y avait coexistence de fibrome et de cancer utérin ; la première métrorrhagie apparue seulement un an et demi avant la mort est bien évidemment due au cancer. Dans notre cas 1, il y avait eu jadis d'abondantes métrorrhagies, mais depuis la ménopause survenue à 55 ans, c'est-à-dire depuis 10 ans, il n'y avait plus de métrorrhagies. De même, dans le cas de Barnes où la malade, âgée de 60 ans, avait eu 30 ans auparavant des métrorrhagies abondantes ; dans celui de Montgomery, où la ménopause datait de 16 ans, dans celui de Vitrac, où la ménopause datait de 14 ans, sans que depuis il y ait eu de métrorrhagies. Dans ces quatre derniers cas, il faut bien reconnaître que les métrorrhagies sont contemporaines du développement du fibrome et on pourrait au contraire soutenir avec plus de vraisemblance que

c'est à partir du moment où le fibrome a commencé à se calcifier que les métrorrhagies ont cessé.

Dans tous les autres cas, il semble bien que le fibrome calcifié soit directement en cause. On pourrait peut-être encore hésiter pour les cas de Boussi et d'Usphurd, car il y avait plusieurs fibromes dans l'utérus ; cependant, de la lecture de ces deux observations il semble bien résulter que le fibrome calcifié a eu la part principale dans la genèse des accidents. Donc, en somme, dans 15 cas seulement, nous trouvons des métrorrhagies ou des troubles menstruels.

La gravité de ces troubles est d'ailleurs très variable. Rarement il s'agit de simples troubles de la menstruation, 2 cas, Duret (depuis 2 ans, règles un peu plus abondantes : jamais de métrorrhagies). L. Felici (règles irrégulières et abondantes). Le plus ordinairement il s'agit de métrorrhagies véritables, plus ou moins abondantes et répétées.

Tantôt c'est au cours de la vie génitale que sont survenues ces métrorrhagies, 4 cas (Texier, Everett, Lumpe, Usphurd). Dans les 3 derniers cas l'état des règles n'est pas signalé ; dans le cas de Texier, les règles étaient retardées (tous les 40 jours), et dans leur intervalle, il y avait un suintement sanguinolent continu.

Dans 7 autres cas (Ascher, Baer, Boussi, Harlow, R. Lee, Lehnerdt, Thorn), c'est plus ou moins longtemps après la ménopause qu'ont débuté les accidents : 6 ans 1/2 (Ascher), 5 ans (Thorn, Harlow), 1 an (Lehnerdt, Baer). Parfois, avant la ménopause ou lorsqu'elle s'est établie, il y avait déjà eu des métrorrhagies (Lehnerdt, Baer). Dans les autres cas, il ne semble pas qu'il y en ait eu jamais auparavant.

Dans deux cas enfin (Ph. Chapmann, Duncan), ni l'âge de la malade, ni l'existence de la ménopause ne sont indiqués.

La durée et l'intensité de ces métrorrhagies sont très variables.

Nous ne parlerons pas des 4 cas observés au cours de la vie génitale, la calcification s'étant faite peu à peu, il est impossible de dire quand elle a commencé. Dans les autres cas, nous voyons les métrorrhagies durer depuis plusieurs années : 17 ans (R. Lee), 15 ans (Harlow), 2 ans (Baer), 1 an 1/2 (Ascher), 1 an (Thorn, Lehnerdt), 15 jours seulement (Boussi). Enfin, dans le cas de P. Chapmann, sur lequel tout renseignement nous manque, la mort fut la conséquence d'une métrorrhagie incoercible.

Sur ces 15 cas de métrorrhagies, dues à un fibrome calcifié, nous trouvons 10 cas où la muqueuse utérine avait été détruite en partie et où le fibrome pouvait être directement senti par la cavité utérine (Thorn, Lehnerdt, Baer, Duncan, Everett, L. Felici, Lee, Lumpe, Harlow, Usphurd). Dans un onzième cas, le fibrome était libre dans une cavité remplie de pus et séparée de la muqueuse par une épaisseur de quelques millimètres (Boussi).

Nous allons encore rencontrer cette prédominance des fibromes avec ulcération de la muqueuse pour la leucorrhée.

Dans un cas (Pauchet), il y aurait eu simplement hydrorrhée. Mais le plus souvent il s'agit bien de leucorrhée. Tant que celle-ci n'est due qu'à de la métrite, elle est plus ou moins abondante, mais sans caractère particulier ; mais lorsque l'écoulement purulent est dû à

la gangrène de la muqueuse et à la suppuration entretenue par la présence du corps étranger, il n'est pas rare de lui voir acquérir une odeur absolument infecte, presque aussi fétide que celle d'un cancer ulcéré.

La leucorrhée est signalée dans 17 observations, et presque toujours il s'agissait de fibromes ayant ulcéré la muqueuse. Dans 3 cas seulement, la muqueuse était intacte (Texier, Bernard, Boussi), et encore combien peu dans ce dernier cas où il y avait sous la muqueuse un foyer purulent dans lequel nageait la tumeur. Dans le cas de Bernard, il y avait pyomètre et le pus ainsi accumulé dans l'utérus (1/2 litre) s'était évacué par le vagin sous la forme de débâcle purulente quelque temps avant la mort.

Dans tous les autres cas, la muqueuse était ulcérée ; néanmoins, dans 8 cas, la leucorrhée était simple (Duncan, Everett, Harlow, Lee, Louis, obs. 4-6, Thorn, Usphurd) ; dans les 6 autres, il y avait un écoulement purulent fétide (Baer, Jaffé, Lenherdt, Louis, obs. 5, Lumpe, Trumet.)

Enfin il nous reste à voir un symptôme nouveau et absolument capital, car il est pathognomonique d'un fibrome calcifié : nous voulons parler de l'expulsion de fragments de la tumeur sous forme de calculs. Très souvent cette expulsion se fait par le vagin, souvent au moment de la miction, si bien que les fragments sont volontiers pris pour des calculs vésicaux. Mais l'issue peut aussi se faire par une autre voie : par la vessie (Fleming) par le rectum (Lisfranc) après perforation de la paroi de ces organes.

Nous trouvons ce symptôme signalé dans 15 cas ;

3 cas (Fleming, Gaubius, Lisfranc) sont trop courts pour nous donner d'autres renseignements. Dans 11 autres cas, l'expulsion s'accompagna de leucorrhée, très souvent fétide ; dans le seul cas de Briggs, il n'en est pas question, ce qui n'implique pas qu'elle n'ait pas existé, absence qu'il serait malaisé de s'expliquer.

Dans 3 cas au moins, l'expulsion des fragments de la tumeur, en débarrassant l'utérus, amena la guérison (Hippocrate, Lumpe, Pauchet). Dans 2 autres cas, malgré la disparition de la tumeur, la mort n'en arriva pas moins par consomption (Louis, obs. 4-5). Les autres cas sont ceux de Duncan, Jaffé, R. Lee, Lehnerdt, Schultz, Trumet.

Ordinairement voici comment cette expulsion se produit : un fibrome à un degré peu avancé de calcification vient à s'infecter ; la gangue celluleuse qui l'entoure se ramollit et suppure : il en est de même des travées fibro-musculaires qui peuvent cloisonner la tumeur : il se forme ainsi un foyer de calculs de volume variable qui, lorsque la muqueuse est suffisamment ramollie et ulcérée, peuvent s'éliminer peu à peu et être rejetés au dehors. Parfois lorsque la tumeur est entièrement calcifiée et de volume assez petit, elle peut être expulsée tout entière d'un seul bloc. Tel le cas d'Hippocrate.

De l'étude que nous venons de faire, nous pouvons donc tirer cette conclusion qu'aucun symptôme fonctionnel n'est particulier aux fibromes calcifiés, sauf toutefois l'expulsion de débris de la tumeur sous forme de calculs. Cependant il est plusieurs symptômes qui semblent plus fréquents dans cette classe de fibromes : ce sont les phénomènes de compression, particulièrement de la vessie et les écoulements leucorrhéiques fétides.

CHAPITRE VI

Marche et terminaison.

Quelle est la marche de ces fibromes calcifiés ? Très souvent, semble-t-il, les fibromes restent toute la vie sans occasionner aucun accident et la malade meurt d'une affection intercurrente. Souvent, après une période plus ou moins longue pendant laquelle le fibrome est resté silencieux, survient subitement un accident qui emporte la malade. Enfin, la mort peut être le terme auquel aboutissent progressivement les troubles.

Dans 5 cas la mort survint par péritonite. Sur ces 5 cas, 2 sont assez particuliers. Dans le premier (Arnott), la malade, à la suite d'une chute dans la rue, se fit une rupture de l'intestin par écrasement d'une anse entre le pavé et la tumeur utérine ; il en résulta une péritonite mortelle en 34 heures. Un cas de Barth s'en rapproche un peu : la malade fit une chute sur sa tumeur qui devint douloureuse, des phénomènes fébriles se déclarèrent et la mort survint. Dans les 3 autres cas (Boussi, Duncan, R. Lee), la muqueuse utérine était ulcérée et le fibrome communiquait largement avec la cavité utérine ; la suppuration, progressant peu à peu, avait fini par ulcérer toute la paroi utérine et par infecter le péritoine.

Dans 7 autres cas au moins nous voyons la mort

arriver par cachexie à la suite de douleurs et surtout de suppuration profuse (Bernard, Louis, obs. 4-5, Müller, Trumet, Usphurd, Yamagiva).

Dans un cas de Chapmann, la mort survint par hémorragie.

Dans un cas de Küster, la malade mourut subitement au cours d'une crise de diarrhée et l'autopsie montra un utérus fibromateux présentant une torsion de 2 tours 1/2 autour de son axe.

Dans un cas de Louis (obs. 10), la mort semble due à une rétention d'urine causée par le fibrome.

Les complications du côté de l'intestin sont généralement graves. Bostock cite un cas qui se termina par une attaque d'iléus, mais il est bien difficile de dire si le fibrome calcifié en était la cause. Dans le cas d'Hyenne, au contraire, l'occlusion intestinale, qui entraîna la mort malgré l'intervention, est due entièrement au fibrome. Il nous reste enfin à signaler un dernier cas fort intéressant de Harris, où le fibrome avait entraîné de l'obstruction intestinale, mais par un mécanisme particulier qui vaut la peine d'être signalé.

Sa malade, âgée de 70 ans, après avoir longtemps porté un fibrome qui avait fortement diminué de volume depuis la ménopause, était atteinte depuis un an d'une constipation de plus en plus opiniâtre : elle fut opérée, quoique l'examen révelât une tumeur libre et mobile, incapable, semblait-il, de comprimer l'intestin. Or, la laparatomie montra qu'il s'agissait d'un fibrome calcifié auquel adhéraient deux anses intestinales. Tant que la tumeur trop volumineuse était restée contenue dans l'abdomen, elle n'avait donné lieu à aucun symptôme,

mais à mesure qu'en se calcifiant elle devenait plus petite, elle descendait dans le petit bassin, entraînant avec elle les deux anses d'iléon qui lui adhéraient, si bien que la coudure de celles-ci à angle aigu provoquait une constipation qui était arrivée peu à peu à l'obstruction chronique.

Pour en finir avec les complications, signalons la fréquence du cancer utérin chez les malades atteintes de fibrome calcifié : nous n'en trouvons pas moins de 5 cas certains (Dudley, Leflaive, Pauchet, Schrœder, Thorn) auxquels il faudrait encore en ajouter d'autres problématiques comme l'obs. 4 de Louis et celle de Harlow. Tantôt le cancer s'est développé sur l'utérus fibromateux (Dudley, Leflaive, Sehrœder), tantôt il n'est apparu qu'après disparition du fibrome spontanée (Pauchet) ou opératoire (Thorn).

Les fibromes calcifiés peuvent guérir spontanément par le même processus que les polypes utérins, par l'expulsion, le calcul étant complètement éliminé en une seule fois (Hippocrate) ou sortant par fragments (Lumpe, Pauchet).

La grossesse ne semble nullement influer sur l'évolution du fibrome calcifié, il n'est d'ailleurs pas surprenant de ne pas voir survenir ici les modifications telles que le ramollissement comme dans les fibromes ordinaires. Nous n'avons d'ailleurs pas remarqué non plus que la grossesse ait quelque influence sur la dégénérescence calcaire des fibromes qui coexistent avec elle.

Mais en cas de grossesse, les fibromes calcifiés peuvent provoquer divers accidents. Dans un cas de R. Lee, la mort survint par inertie utérine, d'où hémorragie

incoercible. Dans deux cas de Wilson, il y eut dystocie due à la présence d'un calcul utérin dans le col, au moment de l'accouchement : dans le premier cas, il fut extrait avec un forceps, mais il persista une rigidité du col qui rendit l'accouchement difficile et occasionna la mort de l'enfant ; dans le deuxième cas, le calcul fut enlevé sans difficulté, mais il fallut pratiquer une version qui amena un enfant vivant, mais fut suivi de la mort de la mère.

Enfin, dans le cas de Sæxinger, le fibrome calcifié était pédiculé et pendait dans le vagin, empêchant la sortie du fœtus : il fut pris tout d'abord pour la tête fœtale et une application de forceps fut pratiquée, qui amena une violente dyspnée avec menace de syncope. En examinant la malade de plus près, on s'aperçut que le corps adhérait par un pédicule mince et mou qui fut sectionné aux ciseaux. L'enfant se présentant par l'épaule, il fallut pratiquer une version qui amena l'enfant vivant. Guérison de la mère.

CHAPITRE VII.

Pronostic.

En somme, le pronostic des fibromes calcifiés est bénin par l'absence d'accidents, ce qui est fréquent, comme nous l'avons vu, et par la facilité d'apporter un remède au mal. Néanmoins, il ne faut pas trop se fier à la bénignité habituelle de l'affection : il n'est pas rare, nous l'avons vu, de rencontrer des tumeurs qui, longtemps silencieuses, deviennent subitement la cause d'accidents graves qui mettent la vie de la malade en danger dans un délai plus ou moins éloigné (Harris, Observation personnelle I) ou même aboutissent à la mort (Arnott, Boussi, Hyenne). Aussi croyons-nous que dans bien des cas, lorsque la tumeur sera diagnostiquée ou soupçonnée, il sera indiqué d'intervenir pour éviter certains accidents graves toujours possibles et de ne pas attendre qu'on ait la main forcée par eux.

CHAPITRE VIII.

Diagnostic

Diagnostic positif

Le diagnostic des fibromes calcifiés est-il possible ? Non, dans la plupart des cas : en l'absence de deux symptômes capitaux, expulsion de fragments de la tumeur et perception d'un calcul dans la cavité utérine, le diagnostic de fibrome calcifié peut être admis comme très probable, mais non pas affirmé.

Rappelons que l'âge de la malade présente à cet égard quelque importance et qu'avant 40 ans les fibromes calcifiés sont exceptionnels.

La marche elle-même de la tumeur est un indice important : lorsqu'un fibrome qui, jadis, de volume assez considérable déterminait quelques accidents et qui plus tard, a diminué de volume et est resté silencieux, cause de nouveaux accidents et spécialement des symptômes de compression et de la leucorrhée fétides, on devra penser à la transformation calcaire du fibrome.

Les procédés d'exploration habituels en gynécologie sont encore de mode ici. Par eux, nous retrouverons tout d'abord, cela va sans dire, les signes ordinaires des fibromes, sur lesquels nous n'avons pas à insister. Mais chaque mode d'exploration nous précisera certains symptômes un peu particuliers.

Au palper abdominal, on a la sensation d'une tumeur dure comme de la pierre : mais ce n'est là qu'un caractère assez inconstant, car la dureté de la tumeur dépend surtout de l'épaisseur des tissus qui la séparent de la main, ici de la couche graisseuse de la paroi abdominale et de la coque utérine enveloppant la tumeur. En outre, certains fibromes simplement indurés donnent à la main une sensation à peu près analogue.

Le toucher vaginal nous donnera les mêmes sensations, mais il pourra aussi nous révéler un signe d'une assez grande valeur. En essayant de mobiliser la tumeur avec le ou les doigts introduits dans le vagin, on aura une sensation particulière de pesanteur de la tumeur qui pourra aider au diagnostic.

Enfin, il faudra toujours combiner le palper abdominal au toucher vaginal. Mieux que par chaque procédé isolé, on se rendra ainsi compte de la dureté et du poids de la tumeur.

Mais en somme, ces différents modes d'examen ne fourniront que des probabilités en faveur de la calcification du fibrome ; ils ne permettront pas un diagnostic ferme.

Deux symptômes seuls, avons-nous dit, sont pathognomoniques, mais pour être tels, il leur faut encore remplir certaines conditions.

L'expulsion de calculs venant de l'utérus est absolument caractéristique de la présence d'un fibrome calcifié, mais il faut pour cela qu'on se soit assuré qu'il ne s'agit ni de calculs vésicaux, ni de corps étrangers de l'utérus.

Les calculs vésicaux peuvent être expulsés soit par l'urèthre, soit par le vagin, à travers une fistule vésico-

vaginale. Dans bien des cas, les malades ont rendu des calculs utérins qu'elles ont cru être des calculs vésicaux : une telle erreur est forcée, les calculs vésicaux étant plus fréquents que les calculs utérins.

C'est par la constatation de la présence dans le vagin ou de l'issue de l'utérus des fragments de tumeur, c'est surtout par l'exploration de l'utérus qui permettra souvent d'en sentir d'autres, car ils sont rarement uniques, qu'on se convaincra qu'il s'agit bien de calculs utérins. D'ailleurs, les autres symptômes et l'examen du calcul suffiront habituellement à indiquer son origine. En cas de fistule vésico-vaginale, le diagnostic serait plus difficile, mais l'analyse chimique du calcul permettra d'éviter toute confusion : les calculs utérins sont, avons-nous vu, composés essentiellement de phosphate de chaux, tandis que les calculs vésicaux, les phosphatiques du moins, les seuls qui puissent prêter à confusion, sont en grande partie constitués par du phosphate ammoniaco-magnésien.

Les fragments de calculs utérins pourraient aussi être confondus avec des corps étrangers de l'utérus. Dans un cas de Brugnatelli, on se trouvait en présence d'un calcul soi-disant expulsé de l'utérus ; or, ce calcul ayant été brisé avec un marteau, on fut tout étonné de trouver en son centre une portion de tibia de poulet. Mais en somme ces cas sont rares et nous renvoyons à cet égard au travail déjà cité de De Bovis.

Donc en présence d'un calcul utérin, avant d'affirmer son origine fibromateuse, il sera de toute nécessité de faire l'examen physique et chimique du calcul.

Le deuxième symptôme pathognomonique est la pré-

sence d'un calcul dans l'utérus, révélée soit par le doigt après dilatation de la cavité utérine, soit par la sonde. Ce deuxième symptôme a une valeur beaucoup plus considérable, surtout si on trouve le calcul plus ou moins enchatonné dans la paroi : il impose alors le diagnostic de fibrome calcifié.

Or, ce deuxième symptôme est loin d'être rare ; il existait et a conduit au diagnostic dans 18 de nos observations (Baer, Briggs, Duret (1895), Everett, L. Félici, Harlow, Jaffé, Lehnerdt, Lisfranc, Louis, obs. 8 et 17, Pauchet, Sæxinger, Schultz, Tate, Thorn, Trumet, Wilson).

Diagnostic différentiel

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic. Peu d'affections peuvent donner le change et en imposer pour un fibrome calcifié.

Nous ne parlerions pas de la grossesse, si, dans un cas (Dudley), l'opérateur n'avait craint de la rencontrer. Au cours de la laparotomie, on sentait sous la couche sous-péritonéale de l'utérus quelque chose de dur ressemblant à une tête fœtale avec sutures et fontanelles parfaitement imitées. Dudley craignit que la femme ne fût enceinte et ce ne fut que sur l'affirmation de la famille que ce n'était pas possible qu'il se décida à continuer l'opération. Nous croyons qu'un examen suffisamment approfondi avant l'intervention suffirait à mettre en garde contre une pareille erreur.

Parmi les autres affections qui peuvent simuler le fibrome calcifié, nous ne signalerons que les tumeurs solides de l'ovaire, d'autant qu'elles peuvent aussi parfois

se calcifier. L'erreur est facile dans certains cas. C'est surtout d'après les connexions de la tumeur et les rapports qu'elle affecte avec l'utérus que le diagnostic sera possible.

Mais ce n'est guère ainsi d'ordinaire que se pose le problème : le fibrome est ordinairement évident ; il n'y a qu'à se demander s'il est ou non calcifié et nous savons comment on peut arriver à ce diagnostic.

CHAPITRE IX.

Traitement.

Au point de vue du traitement, il faut distinguer deux sortes de cas : ceux qu'il faut opérer et ceux auxquels il n'y a pas à toucher.

Les cas que l'on n'opèrera pas sont les plus nombreux.

Il y a d'abord la masse des cas où la tumeur n'est même pas soupçonnée pendant la vie : ils échappent absolument au chirurgien. Il y a aussi les cas nombreux où il n'y a pas de trouble un peu sérieux, s'il s'agit de femmes déjà âgées où la gravité de l'opération, si faible soit-elle, n'est pas compensée par l'importance des symptômes.

Les cas qu'il faut opérer sont ceux où la tumeur détermine des troubles et, parmi ces troubles, nous mettons en première ligne les symptômes de compression, parce que ces phénomènes ont plus de chances d'augmenter que de diminuer.

Du reste, il faut bien dire qu'il n'y a pas ici pour temporiser les mêmes raisons qu'invoquent certains auteurs pour les fibromes ordinaires : à la rigueur, nous pouvons toujours espérer voir un fibrome rétrocéder, au moins, en partie au moment de la ménopause, quoiqu'il faille bien en rabattre de cette prétendue atrophie des fibromes après la ménopause : tandis qu'un fibrome

calcifié pourra bien s'accroître, mais ne diminuera jamais.

En outre, il ne faudra pas hésiter à opérer en cas de complications, telles qu'occlusion intestinale, péritonite, c'est la seule chance que l'on ait en pareil cas de sauver sa malade.

Quelle voie choisira-t-on pour opérer? Cela dépend avant tout de la tumeur.

La voie abdominale est la voie de choix, et le diagnostic de fibrome calcifié est une indication absolue à y avoir recours.

Sans doute, même dans les tumeurs volumineuses, la voie vaginale a été utilisée avec succès, mais les tumeurs trop volumineuses pour passer dans la filière génitale ont dû être morcelées, et ce n'a pas toujours été chose facile. Si, dans un cas, Lebec put arriver facilement à bout de son fibrome, il eut assez de mal dans un autre cas et perdit sa malade. Everett dut scier sa tumeur avec une fine scie introduite par le vagin. Lehnerdt dut employer trois séances d'une heure et demie chacune pour débarrasser sa malade de son fibrome par voie vaginale.

La voie vaginale, abandonnée pour les fibromes ordinaires, même petits, par la plupart des auteurs actuels, doit donc à bien plus forte raison être proscrite pour les fibromes calcifiés. Dangereuse en cas de tumeur volumineuse où elle constitue un véritable tour de force, elle est tout au plus acceptable pour les tout petits fibromes avec lesquels l'utérus a au plus le volume du poing.

Au contraire, elle est absolument indiquée et devient la méthode de choix quand on se trouve en présence

d'un fibrome sous-muqueux ulcéré, de petit volume, plus ou moins libre dans la cavité utérine et ne tenant plus que par une faible portion de sa surface. Point n'est besoin ici d'une hystérectomie : il suffira bien souvent d'un coup de curette ou même du doigt pour débarrasser la malade de sa tumeur et un simple curettage de l'utérus amènera une guérison rapide et définitive.

Dans tous les autres cas, on aura recours à l'hystérectomie abdominale qu'on peut toujours employer. Suivant ses préférences, on la fera supravaginale ou totale ; parfois on n'aura pas le choix, mais on se verra la main forcée. Avec les progrès actuels de la technique, ce n'est plus là une opération grave qu'il ne faille réserver qu'aux cas sérieux : c'est une opération suffisamment bénigne pour que l'on ne craigne plus d'y avoir recours dans les cas encore peu sérieux.

Quels ont été les résultats jusqu'à présent obtenus par le traitement ?

Dans 30 cas une intervention a été pratiquée et pour cela deux voies principales ont été utilisées : la voie vaginale et la voie abdominale.

I. Opérations pratiquées par voie vaginale (14 cas, 1 mort).

A. *Ablation du fibrome, l'utérus laissé en place* (ablation avec une pince, par curettage, section du pédicule, incision de l'utérus, etc.) (10 cas, 10 guérisons).

Louis (Obs. 18).....		*Guérison.*
Sexinger 1854.	Polype tombé dans le vagin et cause de dystocie.....	*Guérison.*
Wilson 1862.	2 cas de calculs obstruant le col utérin au cours d'un accouchement.	*Guérison* (2).

Harlow	1870.	Fibrome ulcéré libre	*Guérison.*
Jaffé	1876.	Fibrome ulcéré libre	*Guérison.*
Lehnerdt	1878.	id. trois séances de broiement de 1 h. 1/2 chacune.	*Guérison.*
Baer	1886.	Fibrome ulcéré libre	*Guérison.*
Briggs	1887.	id.	*Guérison.*
Thorn	1894.	id.	*Guérison.*

B. *Hystérectomie vaginale.* (3 cas, 1 mort).

Lebec (1)	1898.	1er cas	*Guérison.*
		2e cas, opéré au cours d'une occlusion	*Mort.*
Tate	1899.		*Guérison.*

C. *Rectotomie postérieure.* (1 cas, 1 guérison),

Nous ajouterons à la voie vaginale un cas de Duret où le fibrome avait ulcéré le rectum et fut enlevé par rectotomie postérieure. *Guérison.*

II. Opérations par la voie abdominale (16 cas, 5 morts).

A. *Hystérectomie abdomino-vaginale* (1 cas, 1 guérison).

Everett	1879.	La tumeur dut être sciée en deux à l'aide d'une petite scie	*Guérison.*

B. *Hystérectomie abdominale totale supra-vaginale* (13 cas, 5 morts)

Montgomery	1879.	Septicémie péritonéale	*Mort.*
Schroeder	1886.		*Guérison.*
Ascher	1890.	Septicémie péritonéale	*Mort.*
Edebohls	1891.		*Guérison.*

(1) Observations de Hyenne.

Harris	1896.	Septicémie péritonéale.....	*Mort.*
Texier	1896.	.....	*Guérison.*
Freund (1)	1897.	.....	*Guérison.*
Duret	1897.	.....	*Guérison.*
Quénu (2)	1898.	.....	*Guérison.*
— (3)	1899.	.....	*Guérison.*
Terrier (4)	1898.	.....	*Guérison.*
Vitrac	1898.	Infection vésicale.....	*Mort.*
Rochard (5)	1900.	Embolie au 22e jour.....	*Mort.*

C. *Myomectomie* (2 cas, 2 guérisons).

Routh	1896.	.....	*Guérison.*
Wallace	1897.	Myomectomie au cours d'une grossesse, la grossesse suit son cours normal.....	*Guérison.*

Il résulterait donc de ce tableau que la voie vaginale a donné 1 cas de mort sur 14 opérations, soit 7 °/₀, tandis que la voie abdominale a donné 5 morts sur 16 cas, soit 31 °/₀.

Il semblerait donc qu'il y a avantage à préférer celle-là à celle-ci qui donne une mortalité plus de 4 fois supérieure à la première. Nous ne croyons pas toutefois que cela doive être admis. En effet, nous avons dit que la voie vaginale était la voie de choix pour les fibromes sous-muqueux ulcérés de petit volume qu'on enlève par là aussi facilement qu'un débris de placenta resté dans l'utérus : or, 7 de nos cas remplissent cette indication. Dans le cas de Sæxinger, il y avait un polype calcifié

(1) Observation de Feutchwanger.
(2) Observation personnelle I.
(3) Observation personnelle II.
(4) Observation personnelle III.
(5) Observation personnelle IV.

dans le vagin et au cours d'un accouchement, le polype empêchait la sortie du fœtus qu'il précédait : il eût été ridicule de recourir à tout autre traitement qu'à la section du pédicule. Enfin, dans le cas de Duret, le traitement s'imposait par suite des lésions provoquées par le fibrome. Restent donc 5 cas où l'opération abdominale était pour nous l'opération de choix : or, sur ces 5 cas, nous avons une mort, soit 20 p. %.

D'autre part, sur les hystérectomies abdominales, il existe une observation qui date de 1879, c'est-à-dire d'une période préantiseptique. En outre, les cas de mort de Vitrac et de Rochard auraient pu arriver avec une hystérectomie vaginale ; nous ne voulons cependant pas les défalquer.

Mais si nous considérons les cas qui se sont terminés par la mort, nous voyons que un de ces cas était par le volume du fibrome qui remplissait tout l'addomen, absolument inopérable par le vagin (Vitrac) et que dans 2 autres cas (Harris, Ascher), l'hystérectomie vaginale eût été singulièrement difficile et aurait amené des lésions de l'intestin fortement adhérent à la tumeur en plusieurs points.

En somme, si nous retranchons le cas de Montgomery, la mortalité tombe à 25 p. 0/0 seulement, c'est-à-dire peu en dessus de celle de l'hystérectomie vaginale corrigée, et nous savons que sur les 4 cas mortels qui nous restent, 3 étaient inopérables par la voie vaginale. Si donc nous ne comptions que les cas où le choix était possible entre la voie abdominale et la voie vaginale, nous arriverions à un chiffre de mortalité identique pour toutes les deux. Or, l'opération abdominale présen-

tant de grands avantages sur l'opération vaginale, nous croyons donc pouvoir répéter ici la règle que nous avons formulée plus haut : l'*hystérectomie* abdominale est la méthode de choix, l'*ablation* vaginale du fibrome la méthode d'exception réservée aux petits fibromes libres et ayant ulcéré la muqueuse.

OBSERVATIONS (1)

Observation I

(*Bulletins Soc. anat. Paris*, juillet 1898, p. 561).

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un fibrome calcifié de l'utérus, que mon maître, M. Quénu, a enlevé à une malade de la ville. Femme âgée de 63 ans, mariée, n'a jamais eu d'enfants. Elle porte son fibrome depuis 23 ans. Comme tout symptôme, on note des métrorrhagies très abondantes jusqu'à 55 ans, métrorrhagies qui ont notablement affaibli la malade. Depuis l'âge de 55 ans c'est-à-dire depuis 8 ans la malade n'a pas éprouvé de pertes.

Au commencement du mois de mars 1898, rétention d'urine complète ; d'après l'interrogatoire de la malade, il est probable que déjà depuis quelque temps la vessie se vidait mal : mais à cette époque les accidents se sont brusquement aggravés. La malade fut sondée une fois par jour.

Lorsque M. Quénu examina la malade, il lui constata un fibrome enclavé dans le petit bassin, appuyant contre le pubis, refoulant le cul de sac antérieur et remontant au-dessus du pubis tout en cessant à 4-5 travers de doigt de l'ombilic.

Ce fibrome présentait une consistance extrêmement dure et donnait au doigt vaginal qui essayait de le soulever une sensation de tumeur tellement pesante que le diagnostic de fibrome calcifié avait été porté avant l'opération.

Les urines étaient très purulentes ; elles présentaient un dépôt qui après le repos mesurait au moins 8-9 cent. de hauteur : 4 grammes d'albumine par litre. Un litre d'urine par jour.

(1) Nous ne donnons ici que les observations qui nous sont personnelles renvoyant pour les autres à la bibliographie ci-dessous.

En outre affection mitrale et névralgie sciatique à droite.

Pendant 8-9 jours, cathétérisme régulièrement toutes les 4 heures et une fois par jour instillation de nitrate d'argent au 1/50. On arrive ainsi à éclaircir relativement les urines mais la malade ne peut toujours pas uriner seule.

Le 31 mars. *Hystérectomie abdominale supravaginale avec plan incliné.* Durée une heure.

Après l'opération, la malade est régulièrement cathétérisée toutes les 4 heures : le cathétérisme est suivi d'un lavage à l'eau boriquée. Le quatrième jour après l'opération, la malade commence à uriner seule ; on la sonde néanmoins une fois par jour pour s'assurer que la vessie se vide bien. A la suite on pratique une simple instillation de nitrate au 1/100e. Suites opératoires des plus simples.

Au bout de 10 jours on cesse toute instillation. Les urines sont claires et normales (1200-1400 grammes par jour). A noter une paralysie des extenseurs des orteils de la jambe droite. Electrisation et guérison en un mois.

La malade sort au bout de 4 semaines ; elle a été revue ultérieurement bien portante. Les fonctions vésicales se sont bien maintenues.

Le fibrome enlevé forme une volumineuse masse de forme ovoïde ; ce fibrome qui était interstitiel mesure en longueur, 135 millimètres, en largeur, 120 millimètres et en hauteur, 100 millimètres. Son poids, sec, est de 860 grammes ; son volume d'environ 750 centimètres cubes, si bien qu'il présente une densité de 1,15.

Sur une coupe, qu'on est obligé de pratiquer à la scie à cause de sa dureté, la tumeur présente une volumineuse masse calcaire entourée d'une mince coque de tissu-utérin (5-8 millimètres). Elle a un aspect granité, se composant de granulations blanchâtres, grosses comme un grain de blé, très dures et auxquelles la scie donne un bel aspect poli. Entre ces granulations se trouve un tissu blanchâtre qui s'effrite assez facilement.

Analysée par M. Dubois, interne en pharmacie du service, la tumeur a présenté la composition suivante :

Eau.....	11 gr. 30 p. 0/0
Substances minérales.....	66 gr. 10
Substances organiques.....	22 gr. 60

Parmi les substances minérales, on note :

Phosphate de chaux.....	58,87	pour les 66,10 grammes p. 0/0.
Sulfate et carbonate.....	2,72	de substances minérales.

Après décalcification de la tumeur par un mélange d'acide chlorhydrique et d'acide chromique, nous en avons pratiqué des coupes que nous avons colorées à l'hématoxyline-éosine.

Les coupes présentent d'abord de larges placards irréguliers dont les dimensions correspondent aux granulations de la tumeur : ces placards offrent une coloration violette assez foncée : au microscope, ils ont un aspect granuleux et ne présentent aucun élément histologique reconnaissable. Dans ces placards se voient des lacunes peu nettes qui correspondent peut-être à des vaisseaux ; mais il n'existe aucun vaisseau à structure définie.

Dans le stroma qui enveloppe ces placards, on trouve un tissu fibrillaire assez onduleux où se distinguent des fibres conjonctives et des fibres musculaires lisses. Dans ce tissu existent des vaisseaux en assez grande abondance et d'apparence normale.

Observation II.

Agnès A..., 38 ans, entre à l'hôpital Cochin ; service de M. Quénu, pour un prolapsus utérin.

Il y a un mois seulement que la malade s'est aperçue que l'utérus venait faire saillie entre les grandes lèvres de 3-4 cent. Pas de douleurs.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Pas de troubles menstruels. Les dernières règles ont eu lieu il y a 8 jours, normales comme quantité et comme qualité. Pertes blanches légères. Pas de grossesse, ni de fausse couche. Pas de troubles vésicaux.

Dans les antécédents, on ne relève qu'un rhumatisme.

Opération le 4 mai 1899. Laparotomie. Utérus fibromateux, salpingite sèche bilatérale très adhérente ; résection de l'épiploon ; hystérectomie supravaginale presque totale. Drainage. Poids de l'utérus 170 gr.

Le drain est enlevé le 7 mai, les fils le 16. La malade sort guérie le 1er juin.

L'utérus est un peu hypertrophié, gros comme le poing, portant à la périphérie 4-5 nodules fibromateux sphériques ; les unes en partie enclavés dans le tissu utérin, les autres complètement indépen-

dants, rattachés seulement à lui par un mince pédicule. Sur la coupe, l'utérus présente l'aspect et la consistance de l'utérus normal ; les nodules sont blanchâtres, durs, d'aspect fibreux.

Un de ces nodules fibromateux de la périphérie, rattaché à l'utérus par un mince pédicule présente à sa surface des aspérités ; en le coupant par le milieu, on s'aperçoit qu'il contient une assez grande quantité de nodules calcaires de la grosseur d'un grain de chénevis et indépendants les uns des autres. Ces petits nodules calcifiés sont disséminés sans ordre apparent et se rencontrent également au centre et à la périphérie, bien qu'ils paraissent plus développés dans cette dernière région.

Un fragment de la tumeur contenant des points calcifiés a été prélevé, fixé et décalcifié dans la liqueur de Flemming, enrobé dans la paraffine, coupé et coloré par la safranine et la liqueur de Benda.

Examinées à l'œil nu, les coupes paraissent formées presqu'entièrement d'un tissu de coloration générale bleuâtre, sillonnée par des tractus un peu plus rosés, mais ce qu'on remarque surtout, ce sont des placards de forme irrégulière, fortement colorés en rouge et tranchant nettement sur le tissu voisin.

Au microscope, ces placards présentent une structure granuleuse avec de nombreux vides irréguliers qui pourraient à la rigueur passer pour la lumière de vaisseaux sanguins, mais dans lesquels on ne trouve jamais de globules.

Le centre de ces placards est véritablement sans structure, mais au fur et à mesure qu'on se rapproche de la périphérie, on voit apparaître une disposition en tourbillon, surtout évidente sur les bords mêmes où les tourbillons se continuent brusquement et nettement avec les tourbillons voisins du tissu interstitiel colorés en violet.

Nulle part les placards ne sont encapsulés : autour d'eux se trouve une zone plus pâle, se continuant insensiblement avec les placards d'une part et le tissu voisin d'autre part. Dans cette zone, on trouve nettement quelques noyaux en bâtonnet appartenant à des cellules musculaires lisses ; mais ces noyaux sont assez rares.

Tout autour le tissu est du tissu fibromateux normal.

Observation III.

Pièce enlevée par M. le professeur Terrier, le 10 mars 1899, actuellement dans le laboratoire de M. Quénu, qui a bien voulu nous la confier.

L'histoire clinique de la malade nous manque complètement.

Il s'agit d'un fibrome de forme ovoïde, de la taille d'un gros œuf d'autruche à surface lisse. Vers la partie inférieure de la tumeur, au niveau de la partie supérieure du col, un 2e fibrome de la taille d'une mandarine, séparé de la masse utérine par un étranglement. Vers le pôle supérieur de la masse principale, incrustations calcaires formant à la surface des dessins irréguliers, faisant saillie sous la séreuse. Dureté calcaire dans le 1/3 supérieur de la tumeur ; le reste est assez mou. Le fibrome secondaire latéral est dur comme les fibromes ordinaires.

Sur la coupe on remarque dans la partie supérieure de la tumeur une coque calcaire de la taille d'une orange, tangente en haut à la périphérie de la masse utérine, en bas à son centre à peu près. L'écorce calcifiée a de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Au-dessous d'elle une zone brunâtre, couleur feuille morte, très molle, de 2 centimètres d'épaisseur. Vers le centre une zone claire pourpre ressemblant à du caoutchouc, exsangue, molle. On y voit en coupe l'orifice de vaisseaux.

Le reste de la tumeur, c'est-à-dire la moitié inférieure du fibrome, est mou, de couleur blanc rosé, formé de couches stratifiées de tissu lâche.

La muqueuse utérine est d'aspect normal.

La pièce a été fixée à la liqueur de Flemming, montée à la paraffine, coupée et les coupes colorées à la safranine et au Benda.

A l'œil nu, on voit sous le péritoine une couche violacée de 2-3 millimètres d'épaisseur, puis la zone calcifiée (1 1/2 mill. à 2 millimètres d'épaisseur), enfin le reste de la tumeur.

A un grossissement moyen, on voit au-dessous du péritoine une première couche de fibres musculaires coupées perpendiculairement à leur axe, puis une 2e couche de fibres disposées parallèlement à la surface du fibrome et en dedans d'elles une couche de faisceaux ondulés, disposés concentriquement avec elles. Dans le quart

externe de l'épaisseur de cette couche, on trouve encore quelques noyaux fusiformes, mais on n'en trouve plus aucun dans les trois quarts internes. Les faisceaux sont lâchement unis entre eux et interceptent ainsi de grandes lacunes irrégulières.

En dedans immédiatement se trouve la coque calcaire sous forme de placards allongés, mais irréguliers et en série interrompue ; ils sont parfaitement colorés en rouge. En dehors ces placards sont peu ou pas unis à la couche des faisceaux ondulés, qui les borde, mais en suivant celle-ci, on voit à la limite des placards les faisceaux devenir subitement rouges et se continuer avec les placards. Ceux-ci sont granuleux, sans structure, mais présentent un aspect vaguement strié en long rappelant celui des faisceaux ondulés.

En dedans on retrouve une autre couche de faisceaux ondulés et le tissu musculaire du fibrome.

Dans aucun point soit des placards, soit de la zone des faisceaux ondulés, on ne voit de coupe de vaisseaux.

Observation IV.

Sophie R..., âgée de 49 ans, entre à l'hôpital Beaujon pour un fibrome utérin. Ce fibrome a occasionné chez elle elle des métrorrhagies abondantes qui l'ont amenée a un état d'anémie prononcé. A la palpation on sentait très nettement un fibrome utérin, gros environ comme une tête de fœtus et présentant à sa surface 2 ou 3 bosselures. Aucun symptôme de compression.

Opération le 3 septembre 1900, par M. Rochard, aidé de M. le Professeur Berger. Hystérectomie abdominale totale. Suites opératoires excellentes ; mais le 25 septembre, lorsque la malade allait commencer à se lever, elle fit soudain une embolie et mourut en cinq minutes.

Le fibrome enlevé pèse 960 grammes. Il se compose essentiellement d'un fibrome interstitiel gros comme le poing, situé dans la paroi antérieure de l'utérus. A côté de lui se trouvent 2 ou 3 petits fibromes interstitiels, un fibrome sous-muqueux pédiculé, gros comme une noisette et deux petits fibromes sous-séreux, sessiles, mais nettement dégagés de l'utérus et gros environ comme une noix. Tous ces fibromes sont normaux sauf ces deux derniers qui crient sous le scalpel et présentent très nettement des traînées d'infiltration calcaire.

Les fibromes calcifiés ont été fixés à l'alcool, décalcifiés à l'acide acétique et colorés à l'hématoxyline-éosine. La calcification est ici très peu avancée.

A l'œil nu on voit des plaques d'un violet clair qui tranchent cependant assez nettement sur le fond rose.

A un grossissement moyen, on voit partout des noyaux violets en bâtonnets tranchant sur le fond rose ; mais en approchant des placards on aperçoit peu à peu sur le fond un semis de granulations violettes qui deviennent de plus en plus abondantes vers le centre des placards sans toutefois confluer. Ceux-ci ont donc un aspect nettement granuleux : c'est un véritable piqueté violet sur fond rose et de place en place on voit encore des noyaux en bâtonnet.

Pas de traces de vaisseaux.

CONCLUSIONS

1° Etiologie. — Les fibromes calcifiés ne sont pas très rares aux autopsies des vieillards, mais au point de vue clinique ce sont des raretés.

C'est généralement à partir de 50 ans qu'ils sont signalés.

L'influence de la ménopause ne semble pas encore établie ; de même pour la grossesse.

2° Anatomie pathologique. — La calcification se rencontre surtout dans les fibromes sous-séreux et interstitiels : elle est très rare dans les fibromes sous-muqueux et dans les polypes. Le fibrome calcifié existe quelquefois seul dans l'utérus ; plus souvent on y rencontre encore d'autres fibromes calcifiés ou non. Leur volume varie d'une noix à une tête de fœtus.

Dans leur constitution chimique entrent surtout du phosphate de chaux et, en moindre quantité, du carbonate et du sulfate de chaux ; très rarement du phosphate ammoniaco-magnésien.

La calcification commence ordinairement par le centre du fibrome, mais assez souvent néanmoins à la périphérie,

d'où constitution d'une véritable coque calcaire. Suivant le degré de calcification, l'aspect du fibrome varie depuis la simple infiltration jusqu'aux tumeurs ossiformes.

Presque jamais ces fibromes n'ont de structure osseuse; il en aurait toutefois été ainsi, semble-t-il, dans 3-4 cas.

Ce qu'on rencontre au microscope, ce sont des placards granuleux sans structure, plus ou moins limités et entourés d'une zone formée de tissu conjonctif et de fibres musculaires lisses.

3° Pathogénie. — Aux fibromes calcifiés il faut d'abord joindre les calculs utérins qui sont des fibromes calcifiés devenus libres par gangrène et ulcération de la muqueuse.

Quant à la cause même de la calcification des fibromes, il faut la chercher dans des troubles circulatoires d'origine et de nature mal connues.

Le dépôt de sels calcaires peut se faire soit sur les fibres musculaires, soit dans le tissu conjonctif,

4° Symptomatologie. — Les symptômes des fibromes calcifiés ne diffèrent pas notablement de ceux des fibromes vulgaires : mais ils s'en distinguent par quelques particularités.

Très fréquemment la tumeur reste latente et parfois ne trahit sa présence que par son seul volume. Cependant les douleurs sont assez fréquentes.

Les phénomènes dus à la compression sont particulièrement fréquents ; la compression peut porter sur les nerfs, les vaisseaux, plus souvent le rectum, mais avant tout sur la vessie. Les signes de compression vésicale

varient depuis la simple dysurie jusqu'à la perforation de la vessie.

Enfin très souvent les fibromes calcifiés donnent lieu à des écoulements utérins, métrorrhagies, surtout leucorrhée ; parfois des fragments de la tumeur calcifiée ou la tumeur tout entière peuvent être expulsés par le vagin.

Les fibromes calcifiés peuvent rester durant la vie de la malade sans occasionner de troubles ; mais parfois la mort en est la conséquence par péritonite, par septicémie à la suite de suppuration profuse, par obstruction intestinale. Exceptionnellement ils guérissent par expulsion spontanée.

Ils n'empêchent pas la grossesse et ne la gênent nullement ; mais ils sont quelquefois cause de dystocie ou d'accidents post-partum.

5° Diagnostic. — Le diagnostic n'est pas toujours possible.

Les signes physiques qui y feront surtout penser sont : à la palpation la sensation de dureté, au toucher la sensation de dureté et de pesanteur de la tumeur.

Deux signes sont pathognomoniques : la présence dans l'utérus du fibrome calcifié à l'état de calcul, révélée par le doigt ou par la sonde et l'expulsion de fragments de calculs : encore dans ce dernier cas faudra-t-il s'assurer qu'il s'agit bien de calculs utérins et non de calculs vésicaux ou de corps étrangers de l'utérus.

6° Traitement.. — Le traitement chirurgical est tou-

jours indiqué sauf quand il s'agit de fibrome silencieux chez une vieille femme.

On pratiquera toujours une hystérectomie abdominale ; sauf dans certains cas spéciaux, la voie vaginale est absolument contre indiquée.

Les résultats maintenant ne sauraient qu'être excellents.

Vu :
Le Président de la Thèse,
Paul BERGER.

Vu :
Le Doyen :
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Tous les noms précédés d'un astérisque sont ceux des auteurs que je n'ai pu consulter directement et qui ne me sont connus que comme indication bibliographique ou d'après citation par les auteurs. Toutes les indications non précédées de ce signe ont été consultées directement dans l'original.

Aran, 1858. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes.*

* **Ariza, R.,** 1877. Analisis histologico de una concretion extraida de la matriz. *Anfitheatro anat.,* Madrid, t. V, p. 5-7.

Arnott, J.-M., 1840. Case of large osseous tumour of the Uterus. *Med. chir. Transact.*, London, vol. 23, p. 199.

Ascher, 1886. Zur Kasuistik der Myomoperation. *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynœkol.*, Bd. 20, s. 336.

Baer, B.-F., 1886, A smoll fibrous tumour which had undergone calcareous degeneration. *Amer. J. of Obstetrics*, vol. 19, p. 293.

Barnes, R., 1854. On polypi springing from the muscular wall of the Uterus. *The Lancet,* vol. 1, p. 689.

Barnes, F., 1888. Fibroïd tumours undergoing calcareous changes. *Brit. gynæc. Soc.*, 14 nov., in *Brit. med. Journal*, 1er déc.

Barth, R., 1849, *Bulletins de la Société Anatomique de Paris*, p. 327.

* **Bartholin,** d'après Sæxinger.

Bastien, 1880. Concrétions calcaires de la cavité utérine. Tumeurs fibreuses multiples. *Annales de Gynécol.*, t. XIV, p. 103-108.

* **Beale.** 1666. *Journal des Savants* (d'après Louis).

Bernard, H., 1899. Fibromyome utérin calcifié ; pierre utérine. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 198-199.

* **Bertola,** 1818. *Annali univ. di medicina,* t. V.

Bidart, 1853. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 106.

* **Blancardi.** *Anat. practica rationalis.* Obs. 74 (d'après Louis).

Blot, 1846. Corps fibreux de l'utérus avec un commencement d'ossification pouvant faire croire un instant à une grossesse extra utérine ou à une monstruosité par inclusion. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 189.

* **Bœhm,** d'après Schroeder, *Mal. des org. gén. de la femme*, trad. franç., p. 234.

Bostock, J., 1835. On the chemical constitution of calcareous tumours of the Uterus and others parts. *Med. chir. Transact.*, London, vol. 19, p. 81-94.

Bourdillat, 1869. Fibrome calcifié de l'utérus. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 177.

Boussi, 1877. Myome calcifié des parois de l'utérus ; fistule de la paroi utérine ; péritonite aiguë ; mort. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 574.

* **Bouvet,** 1774. Obs. sur une pierre de la matrice. *Journ. de méd. chir. pharmacie*, Paris, t. XLI, p. 32-36.

Briggs, 1887. Uterine calculus (*St-Louis med. and surg. Journal*) In *Amer. J. of obstetrics*, vol. 20, p. 103.

Broca, P., 1869. *Traité des Tumeurs*, t. II, p. 256.

— 1848. Tumeurs fibrineuses de l'utérus, l'une d'elles presque entièrement convertie en matière crétacée. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 27.

Busch, 1882. *Berliner mediz. Gesellsch.*, in *Berliner klin. Wochenschrift*, p. 655.

Cartaz, 1873. Tumeur fibreuse utérine calcifiée. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 837.

Chaillou, 1864. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 249.

* **F. Chapmann,** d'après Everett.

* **Cœffelius, A.,** 1688. De lapide uteri in puella quinquenni. *Misc. acad. nat. curios. Francof.*, t. IV-V, p. 52 (Louis, obs. 10).

Costes, 1895. *Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibromyomes de l'utérus et de ses annexes*, th. doct. méd. Paris, n° 52.

Courty, 1881. *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, p. 932.

* **De Coze,** d'après Everett.

* **Crampton,** 1868, d'après Mac-Clintock.

Cruveilhier, J., 1856. *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III.

* **Cuevas, E.,** 1875-76. Calculos utérinos. *Emulacion*, Merida, t. II, p. 35.

* **Delafite.** Voyez Louis.

Demarquay, 1846. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 13.

* **Desgaux de Foubert.** Voyez Virchow.

* **Marc. Donatus.** *Hist. med. mirab.*, lib. 14, cap. 30, d'après Louis.

Dubourg, 1828. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 2.

Dudley, 1897. *Trans. of the Chicago gynœcol. Soc.*, 20 nov. 1896, in *The American Gynœc. and Obstetr. J.*, vol., 10, p. 58.

Duflocq, 1883. Fibro-myome calcifié ; mort par cachexie. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 285.

M. Duncan, 1867. A calcified fibrous tumour of the uterus, partly enucleated spontaneously. *Edinburgh med. Journal*, vol. 13, p. 179.

Duret, H., 1895. Fibrome utérin calcifié ayant provoqué une ulcération du rectum. *Nord médical*, 1er févr., p. 49.

— 1897. Fibrome calcifié de l'utérus. *Semaine gynécologique*, p. 234.

Edebohls, 1891. Three myomata, extensively calcified removed by enucleation with presentation of uterus. *Amer. J. of Obstetr.*, vol. 24, p. 595.

* **Escuder, D.,** 1878. Historia clinica de un producto litoideo en la matriz. *Cron. med.*, Valencia, 1878-79, t. II, p. 17-38.

Everett, J.-T., 1879. Removal of a calcifield fibroid of the Uterus by laparaelytrotomy. *Amer. J. of Obstetrics*, vol. 12, p. 700-707.

* **L. Felici,** 1864. Di una produzione calcolosa dell' utero. *Ann. univers. di medic.* Milano, vol. 189, p. 446-456.

— 1875. Dei calcoli dell' Utero. *Giorn. della R. Accad. di Medic. di Torino*, vol. 1, p. 291.

Féré, 1881. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 417.

Feutchtwanger, 1897. *Ein Uterus-myom mit Knorpel-und Knochenneubildung.* Inaug. Dissertatio. Strassburg.

* **Fewkes,** 1825. *London medical and physical Journal.*

* **Fleming,** d'après Mac-Clintock.

* **Foubert.** Voyez Louis.

Foucher, M., 1851. Tumeur fibreuse de l'utérus avec concrétions calcaires. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 190 (C'est le résumé de l'observation de Trumet).

Fouquet, Ch., 1900. A propos d'un cas de fibrome calcifié de l'utérus. *Gaz. des hôpitaux*, p. 605-607 et *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 418.

* **Freund,** 1865. Knochenbildung in Myomen. *Klin. Beiträge zur Gynœk.*, Bd. 3, s. 150.

Gallopain, C., 1877. Corps fibreux de l'utérus. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 598.

* **Gaubius,** 1759. Observation au sujet de quelques pierres sorties de la matrice d'une fille. *Journ. de méd. chir. pharm.*, Paris, t. XI, p. 32-37.

Gebhard. *Veit's Handbuch der Gynœkologie*, Bd. 2, s. 436.

Grellet de Fleurette, 1853. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 154.

Guibé, M., 1898. Fibrome calcifié de l'utérus. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 561.

Gusserow. Die Neubildungen des Uterus. *Deutsche Chir.*, Lief. 57.

Harlow, 1870. Calculous concretion formed over the os uteri, shaped like a portion of an eggshell. *Boston med. and surg. J.*, vol. 83, p. 70.

Harris, L., 1897. Calcified uterine fibroid (*Trans. of the Chicago gynæc. Soc.*, 20 nov. 1896) in *Amer. gynæc. and Obstetr. J.*, vol. 10, p. 57-59.

* **Hebenstreit, E.,** 1801. *De uteri concretione morbosa.* Thèse Lipsiæ.

Hennig, 1896. *Gesellsc. f. Geburtsh. zu Leipzig* (20 janv. 1896) in *Centralblatt f. Gynœk.*, s. 1145.

Hénocque, A., 1873. Pierre de l'utérus recueillie par Amussat en 1829. Examen histologique. *Arch. de Physiologie*, p. 425-431.

Hérard, 1851. Tumeur fibreuse de l'utérus. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 233.

Hippocrate. *Epidémies*, liv. 5, chap. XII.

* Historia de una afection calculosa de la matriz. *Siglo medico*, Madrid, 1874, t. XXI, p. 486-502.

Hofmeier, 1858. *Verhandl. d. Gesellsch. f. Geburtsh. Berlin*, in *Monatssch. f. Geburtsh.*, Bd. 11, s. 429.

* **Hope,** 1837. *Principles and illustrations of morbid Anatomy*, d'après Virchow.

Hyenne, 1898. *Etude anatomo-clinique des principales dégénérescences des fibro-myomes de l'utérus.* Thèse doct. méd., Paris.

Jaffé, 1876. Extirpation eines verkalkten und verjauchten Uterusmyoms.

Bemerkungen über die Verjauchung der Uterusmyomen. *Berlin. klin. Wochenschr.*, s. 340.

Klob, 1864. *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane*, Wien.

* **Von Krauss**, 1850. Merkwürdige Osteoid der Gerbärmutter. *Würtemberg. Corresp. bl.*, s. 1.

Küster, E., 1872. Uterus mit grossen Fibromyomen und 2 1/2 Achsendrehung. *Beitr. z. Geburtsh. u. Gynœk.*, Bd. 1, s. 8,

* **Laënnec**, 1864. Observation d'un corps fibreux interstitiel de l'utérus datant de 50 ans et ayant subi l'encroûtement calcaire périphérique. *Journ. de la sect. de méd. de la Soc. acad. de Loire-Inf.*, Nantes, t. XL, p. 268-274.

* **Lee**, 1736. *Transactions philosophical*, d'après Louis.

R. Lee, 1835. Observations of the fibrocalcareous tumours and polypi of the Uterus. *Med. Chir. Transact.*, vol. 19, p. 94-134.

Leflaive, 1851. Tumeur fibreuse avec concrétions calcaires et cancer de l'utérus. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 187.

Lehnerdt, O., 1869. *Verhand. der Gesellsch. f. Geburtsh. Berlin*, in *Monatssch. f. Geburtsh.*, Bd. 33, s. 241.

— 1878. Entfernung eines verkalkten Uterusfibroids durch Zertrümmerung. *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynœk.*, Bd. 39, s. 359-366.

* **Lisfranc**, d'après Duret, 1895.

Louis, 1753. Mémoire sur les concrétions calculeuses de la matrice. *Mém. Acad. royale Chir.*, t. II, p. 130-151.

Lumpe, 1860. Terminaison rare d'un corps fibreux de l'utérus. *Zeitsch. der Gesellsch. der Aerzte zu Wien.*, n° 29. Traduit in *Gazette hebd.*, p. 716.

Mac Clintok, 1868. The spontaneous elimination of uterine tumours. *Dublin Quarterly Journal*, vol. 45, p. 20.

* **Mackie**, 1800. *London méd. and phys. Journal.*

* **Malgaigne**, d'après Duret (1895).

L. Mayer, d'après Lehnerdt (1878).

Meslay et **Hyenne**, 1898. Les dégénérescences des fibro-myomes de l'utérus. *Annales de Gynécologie*, t. II, p. 1-32 et 112-123.

E. Monod, 1876. Myome utérin en voie de crétification. *Bull. Soc. anat. Paris*, p. 184.

Montgomery, 1880. Multiple utérine fibroid partielly calcified. *Amer. Journal of Obstetrics*, vol. 13, p. 618-620.

Mordret, 1879. *Annales de Gynécologie*, t. XI, p. 135.

* **M. Morus**, 1712. *Acta erudit.* Lipsiœ Aug. (voir Louis).

Müller, 1882. *Ein Uterus fibroid mit Verkalkungen*, Inaug. Dissertatio. Marburg.

* **Neill, J.**, 1871. Myomata of the Uterus, broad ligaments and ovaries; calcareous and suppurative degeneration. *Trans. phil. Soc. Philadelph.*, vol. 3, p. 115.

Newmann, 1896. *Transact. of the Chicago gynœc. Soc.* (20 nov.), in *The amer gynœc. and obst. J.*, 1897, vol. 10, p. 59.

Ory, 1873. Fibrome calcifié de l'utérus, *Bull. Soc. anat. Paris*, p. 839.

* **Packard**, 1867. Ovarian dropsy ; fibrous tumours of the uterine wall inclosed in a bony shell. *Proceed. pathol. Soc. Philadelphia*, vol. 2, p. 137.

Parvin, voyez Baer.

V. Pauchet, 1897. Fibrome utérin ayant subi la dégénérescence kystique, calcaire et cancéreuse. *Gaz. méd. de Picardie*, p. 101.

* **Paul**, 1859. Virgin uterus (from a female œt. 50 years). With a bony tumour attached to its fundus. *Trans. pathol. Soc. London*, vol. 11, p. 172.

Pecquet, 1753. Observation sur une concrétion calculeuse de la matrice. *Mém. Ac. royale. chir.* 1753, t. II, p. 587.

* **Petit**, d'après Louis.

* **Piachaud**, 1853. Mémoires et observations sur les tumeurs fibro-calcaires de l'utérus. *Recueil des trav. Soc. de méd. Genève*, t. I, p. 177-206.

Pilliet, 1896. Fibromes calcifiés de l'utérus. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 247.

Poirier, 1889. Fibrome utérin calcifié. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 429.

* **Potter**, 1880. A calcareous tumour of the Uterus. *Ohio medical Recorder*, Columbus, t. V, p. 365.

* **Rinaldi**, d'après Louis.

Ph. Roux, 1809. Sur les polypes utérins. *Mélanges de chirurgie*, p. 113.

Routh. A. 1896. An entirely detached uterine fibroid. *Trans. of the Obstetr. Soc. London*, vol. 38, p. 388.

Rubé, 1871. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 323.

Sæxinger, 1868. *Prager Vierteljahrsch. f. prakt. Heilk.*, Bd-98., s. 113.

* **Schallgruber**, 1814. *Allgemeine mediz. Annalen.*

* **Schenkius**, Observ. libri 4. *De variis uteri affectibus* (d'après Louis).

* **Schmidt J.-G.** 1750. *De concrementis uteri.* Basileæ (Thèse).

* **Schneider**, 1852. *New-York medical Times.*

Schrœder, 1886. *Centralbl. für Gynœkologie*, s. 4.

Schrœter, 1874. Uterus fibroid. *Beitr. z. Geburtsh. u. Gynœk*, Bd. 3, s. 106.

Schultz, 1842. Steinigte Concretionen in der Gebärmutter. *Wochenschr. f. d. gesammte Heilkunde.*, s. 262-264.

Sevestre, 1876. Cancer du rein avec cancer du foie. Corps fibreux de l'utérus. — *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 340.

J. Simon, 1858. Corps fibreux de l'utérus. Kystes tubo-ovariens, *Bull. Soc. anat. Paris*, p. 69.

* **Swain**, 1854. *Nelson's American Journal.*

Tate, W., 1899. Calcareous fibroid of the cervix. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, vol. 41, p. 372-373.

Texier, 1896. Fibrome utérin calcifié inclus dans le ligament large droit. *Journal de médecine de Bordeaux*, 19 juillet, p. 324-326.

Thorn, 1894. Zur Kasuistik der Uteruseine. *Zeitscht. f. Geburtsh. u. Gynœk.*, Bd. 28, s. 75-93.

Trumet, 1851. *Du diagnostic différentiel des tumeurs de l'utérus.* Th. doct., Paris.

Usphurd, 1881. A case of calcified fibroid of the uterus with remarks. *Amer. Journ. of Obstetr.*, vol. 14, p. 108-111.

* **Valle, H.**, 1712. Calculus uteri fungiformis. *Acad. nat. curios. ephem.*, Francof., vol 1-2, p. 187.

* **Vieta Condura, A.**, 1875. Historia de las afecciones calculosas de la matriz. *Anfitheatro anatom.*, Madrid., t. III, p. 456, 480, 506, 519, 565 ; t. IV (1876), p. 5.

* — *Siglo medico*, t. XXII, p. 322, 424, 443, 472.

* — 1877. Mas sobre calculos de la matriz. *Anfit. anat.*, Madrid, t. V, p. 143.

— 1878. Calculos de la matriz. *Anfit. anat.*, t. VI, p, 14.

Virchow, R., 1856. Uterus fibroid. *Wiener med. Wochensch.*, s. 101.

— 1870. *Pathologie des tumeurs*, traduct. française, t. III.

Vitrac (Junior), 1898. Fibrome de 13 kilog. calcifié ; gros calcul de la vessie ; hystérectomie abdominale (Doyen). Mort le 10e jour par infection d'origine vésicale. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, p. 183.

* **Wade**, 1823. Case of calcareous tumour connected with the Uterus, *London médical and phys. Journal*, vol. 49, p. 383-385.

Wallace, 1898. Removal of one free calcified and tho subserous pediculated fibro-myomata during pregnancy, *Brit. med. Journ.*, n° 1948, p. 1131.

* **Walter**, 1805. *Museum anatomicum Berolinense*, p. 106, d'après Virchow.

* — 1842. *Ueber fibröse Körper der Gebärmutter*, Dorpat.

Wedl G., 1855. *Rudiments of pathological Histology*, p. 507.

Wilson, 1862. Calculus in the cavity of the cervix uteri. *Edinb. med. Journal*, vol. 8, p. 92-93.

* **Wright**, 1881. Fibroid tumour in a patient aged 86, undergoing calcareous degeneration. *Trans. Obst. Soc. Cincinnati*, vol. 2, p. 63-66.

Wylie, 1894, *New-York Journal of Gynæc. and Obstetr.*, May.

Yamagiva, K., 1896. Ein Fall von versteinertem Uterusmyom. *Virchow's Arch. f. pathol. Anat.*, Bd. 144, p. 197-200.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	5
CHAPITRE Ier. — **Historique**	7
CHAPITRE II. — **Étiologie**	15
CHAPITRE III. — **Anatomie pathologique**	10
CHAPITRE IV. — **Pathogénie**	28
CHAPITRE V. — **Symptômes**	36
CHAPITRE VI. — **Marche et terminaison**	51
CHAPITRE VII. — **Pronostic**	55
CHAPITRE VIII. — **Diagnostic**	56
CHAPITRE IX. — **Traitement**	61
Observations	69
Conclusions	77
Bibliographie	81

St-Brieuc. — Imp. F. Guyon, rue de la Préfecture. — (332-2-1-1900).